

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

az egészségügyi szolgáltatások

Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól¹

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Eb. tv.) 83. §-a (2) bekezdésének *a*) pontjában, valamint a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 1999. évi költségvetéséről szóló 1998. évi XCI. törvény (a továbbiakban: T.) 16. §-ának (11) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján a Kormány a következőket rendeli el:

I.

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. §² E rendelet hatálya az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (a továbbiakban: OEP) mint finanszírozóra, valamint a finanszírozóval az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) finanszírozott egészségügyi szolgáltatás nyújtására szerződött egészségügyi szolgáltatókra terjed ki.

2. § E rendelet alkalmazásában

a) egészségügyi szolgáltatás: az Eb. tv. 10–17. §-aiban meghatározott ellátások;

b)³ szolgáltató: az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező természetes, vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy ami a finanszírozóval kötött szerződés alapján az E. Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújt;

c)⁴ területi ellátási kötelezettség:

ca) a külön jogszabály szerint az önkormányzat kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó (háziiorvosi, házi gyermekorvosi, területi védőnői, fogászati ellátás) egészségügyi szolgáltatásoknak az a része, amelyet az önkormányzat, illetve saját intézménye vagy más szolgáltató útján biztosít, valamint

cb) a lekötött kapacitással rendelkező egészségügyi szolgáltatónak az a kötelezettsége, hogy a kapacitásai felhasználásával az egészségügyi államigazgatási szerv által vezetett nyilvántartásban meghatározott ellátási területen élő, a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára külön jogszabályban foglaltak szerinti járóbeteg-, illetve fekvőbeteg-szakellátásokat nyújt;

d)⁵ finanszírozási elszámolás: az alapidíjnak, a fixdíjnak és a teljesítmény díjának a megállapítása és utalványozásra történő előkészítése;

e) rekordkép: az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről készítendő jelentés formailag és tartalmilag meghatározott egysége;

f)⁶ fixdíj: jogszabályban meghatározott összegű havi díjazás;

g)⁷ *alapidj*: kihirdetett díj, vagy az adott hónapban a szakfeladatra rendelkezésre álló havi előirányzatnak és a jelentett teljesítménynek a hányadosa szerinti díj;

h)⁸ *teljesítménydíj*: az alapidj és a teljesítmény szorzata;

i)⁹ *finanszírozási szerződés*: az egészségügyi szolgáltatásra a finanszírozó és a szolgáltató között létrejött szerződés;

j)¹⁰ *körzet lakója*: az a biztosított, akinek az 1992. évi LXVI. törvény szerinti lakóhelye vagy tartózkodási helye a körzet területén van;

k)¹¹ *teljes munkaidő*: napi 8, heti 40 óra;

l)¹² *Case mix index (CMI)*: az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendszere szerint elszámolható, adott időszak alatt ellátott finanszírozási esetek összetételét költségigényesség szempontjából jellemző mutató, amely az elszámolt súlyszám és az elszámolt finanszírozási esetszám hányadosa;

m)¹³ *teljesítményegység szolgáltatói átlagértéke*: az adott ellátási formában a szolgáltató részére kifizetett tárgyhavi teljesítménydíj és a tárgyhavi elszámolható teljesítmények hányadosa szerinti forintérték;

n)¹⁴ *szolgáltatásvolumen*: önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek mennyisége;

o)¹⁵ *teljesítményvolumen*: önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége.

p)¹⁶ *feladatváltozás*: egészségügyi államigazgatási szerv döntése vagy egészségügyi ellátási szerződés, illetve megállapodás alapján az érintett egészségügyi szolgáltatók ellátási területének, vagy a finanszírozási szerződésben lekötött kapacitás mértékének és szakmai összetételének megfelelő szakellátási feladataiknak a változása;

q)¹⁷ *rehabilitációs ellátási program*: az Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz Tagozat által közzétett, a finanszírozási eljárásrendet megalapozó módszertani ajánlásgyűjteményben foglalt ellátási program,

r)¹⁸ *rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás*: rehabilitációs ellátási program alapján végzett olyan nappali ellátás, amelyet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletben (a továbbiakban: R.) meghatározott finanszírozási paraméterek és elszámolhatósági szabályok szerint végeznek.

3. §¹⁹ Az OEP a szolgáltatókkal kötendő finanszírozási szerződés tervezetének a felek általános jogait és kötelezettségeit tartalmazó részét a Magyar Orvosi Kamarával (a továbbiakban: MOK), a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával, az önkormányzatok, a szolgáltatók érdek-képviselői szervezeteivel a szerződéskötést megelőzően 30 nappal előzetesen egyeztetni. A finanszírozási szerződésnek a felek általános jogait és kötelezettségeit tartalmazó részének módosítása esetén is – amennyiben a módosításra nem jogszabály-változás miatt kerül sor – az e §-ban foglaltak szerint kell eljárni.

4. § (1) A szolgáltató az általa ellátott betegekről, illetve a nyújtott ellátásokról az elszámoláshoz előírt nyilvántartásokat vezeti. A szolgáltató a finanszírozással kapcsolatos – személyes adatokat nem tartalmazó – nyilvántartásokat legalább 5 évig megőrzi.

(2)²⁰ A szolgáltató az általa nyújtott, a finanszírozás alapjául szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról rejtjelezéssel védett adatátviteli vonalon a megadott formátumban (rekordkép), e rendelet szerint adatot szolgáltat (a továbbiakban: jelentés) a finanszírozó részére. A finanszírozó a befogadott jelentésről az adott ellátási forma szerinti kísérőjegyzéknek megfelelő adattartamú visszaigazolást küld adatátviteli vonalon a szolgáltató részére.

(3) Finanszírozott teljesítményként a finanszírozási szerződésben meghatározott és ténylegesen teljesített szolgáltatás számolható el a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (a továbbiakban: TAJ-szám) feltüntetésével, amennyiben annak megtérítésére jogszabály alapján más nem köteles.

(4)²¹ Újszülött ellátásának jelentése TAJ-szám hiányában a születést követő második hónap utolsó napjáig, továbbá ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy elhalálozását megelőző ellátásának és boncolásának jelentése az OEP által meghatározott elvek szerinti informatikai kód alkalmazásával történik.

(5)²² Abban az esetben, ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a TAJ-számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, az ellátást végző szolgáltató a finanszírozónál kezdeményezi a TAJ-szám rendelkezésre bocsátását az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével. A finanszírozótól megkapott TAJ-számon történik meg a teljesítmény jelentése.

(5a)²³ Amennyiben az ellátott személynek az ellátás igénybevételekor fennálló egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága hatósági eljárás keretében az ellátást követően megállapításra kerül, az egészségügyi szolgáltató köteles az ellátott személy – a jogviszonya jogerős megállapítástól számított 30 napon belül benyújtott – kérelmére a megfizetett térítési díjat visszafizetni. Az egészségügyi szolgáltató a térítési díj visszafizetése esetén, annak igazolása mellett, a nyújtott szolgáltatás pótlólagos elszámolása iránti igényét legfeljebb a beteg egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságát tisztázó hatósági eljárás jogerős befejezésétől számított második hónap 5. napjáig küldheti meg a finanszírozónak.

(6)²⁴ Ismeretlen, TAJ-számmal és a személy azonosítására szolgáló adatokkal nem rendelkező beteg esetén – az újszülött kivételével – annak adatlapját kell megküldeni a finanszírozónak. A szolgáltatások kifizetésére a finanszírozó által elvégzett ellenőrzést követően kerülhet sor. Amennyiben a finanszírozó az ellenőrzést az adatlap megküldésétől számított 60 napon belül nem végzi el, a szolgáltató részére ki kell fizetnie a nyújtott szolgáltatásért járó díjazást.

(7)²⁵ A szolgáltató az adatokat az adatkezelési előírások szerint tartja nyilván, és a finanszírozás céljából megküldött adatok valóságáért felel. A finanszírozó által végzett ellenőrzés során a szolgáltató az ellenőrzéshez szükséges adatokat bemutatja, és gondoskodik arról, hogy a közreműködő szolgáltató is rendelkezésre bocsássa az adatokat.

(8)²⁶ A szolgáltató a magyar egészségbiztosítási jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult személyek részére nyújtott ellátás után akkor jogosult térítésre, ha

az ellátott személy az ellátásra államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy kötelezően alkalmazandó Közösségi szabály alapján jogosult, és az adott ellátásra való jogosultságát az alkalmazandó államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy Közösségi szabály előírásainak megfelelően igazolta. A szolgáltató nyilvántartásának tartalmaznia kell az ellátott személy nevét, születési dátumát, állampolgárságát és az ellátás igénybevételére jogosító igazoláson feltüntetett adatokat. Az „E” térítési kategória alapján nyújtott ellátás esetén a 21. számú melléklet kitöltése kötelező. A kihirdetett államközi szerződések, nemzetközi szerződés és az alkalmazandó Közösségi szabályok listáját, továbbá az ellátások igénybevételére jogosító igazolások mintáit az OEP tájékoztatóban közzéteszi. A szolgáltató a 21. számú melléklet szerinti adatokat havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak.

(9)²⁷ Amennyiben az alapellátást, illetve a szakellátást nyújtó orvos gyógyszerrendelési gyakorlata során a külön jogszabályban foglaltakat az ellenőrzést követő figyelmeztetés után sem tartja be, a finanszírozás összegéből a külön jogszabályban meghatározott értékhatárt meghaladó rész levonásra kerül.

(10)²⁸ A Magyarországon tartózkodó beteg sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 142. § (2) bekezdés b) és c) pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgáltató Közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján jogosult személy esetében kezdeményezi a jogosultság-igazolás kiadását az illetékes külföldi biztosítótól. Ha a külföldi biztosító a jogosultság-igazolás kiadását megtagadja, illetve ha Közösségi szabály, valamint nemzetközi szerződés hatálya alá nem tartozó személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, a szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését. A szolgáltató az esetet a beteg adatlapjának megküldésével és a térítési díj megfizetésének, illetve a behajtás eredménytelenségének egyidejű igazolásával a (2) bekezdés szerint pótlólag, legfeljebb a teljesítést követő hatodik hónap 5. napjáig jelentheti a finanszírozó részére. A szolgáltatás kifizetése a (6) bekezdés szerint történik.

(11)²⁹ A jogosultságát TAJ-számmal igazolni nem tudó belföldi személy sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az Eütv. 142. § (2) bekezdés b) és c) pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését, ha a jogosultságát TAJ-számmal igazolni nem tudó belföldi személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizeti meg. Az ellátás jelentése és kifizetése a (10) bekezdésben foglaltak szerint történik.

(12)³⁰ Élődonoros szervátültetés esetén, amennyiben a recipiens magyar biztosítási jogviszonnyal rendelkezik és az átültetésre kerülő szerv külföldi donorból származik, a külföldi donor magyarországi ellátását a donor adatlapjának és a betegdokumentáció másolati példányának a megküldésével egyidejűleg az egészségügyi szolgáltató „K” térítési kategóriában jelenti a finanszírozó részére. Az ellátást a finanszírozó minden esetben ellenőrzi.

4/A. § (1)³¹ A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Vhr.) 12/B. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltatónak a Vhr. 12/B. §-ában meghatározott ellenőrzési kötelezettsége elmulasztása esetén – a (3) bekezdésben foglaltak kivételével – a szolgáltató részére az adott ellátás után járó összeg 10%-a, de legfeljebb 1000 forint levonásra kerül.

(2)³² A Vhr. 12/B. §-a szerinti egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira való jogosultság ellenőrzési kötelezettségének elmulasztása esetén, az elmulasztott esetek után

a) a háziorvosi szolgáltató díjazásából a 11. § (1) bekezdése szerinti 2007. évi díjazás országos átlagos havi esetszámmal osztott összegének 10%-a,

b) a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgáltató díjazásából a tárgyhóban eseti ellátásokra kiutalható díj egy eseti ellátásra jutó összegének 10%-a,

c) a háziorvosi ügyeleti szolgáltatásra szerződéssel rendelkező szolgáltató díjazásából a 11. § (1) bekezdése szerinti 2007. évi díjazás országos átlagos havi esetszámmal osztott összegének 10%-a,

d) a fogászati alapellátást nyújtó szolgáltató díjazásából az adott ellátás után járó teljesítménydíj 10%-a

levonásra kerül.

(2)³³ Az (1) bekezdésben foglaltak nem vonatkoznak a 4. § (4) és (6) bekezdés szerinti esetekre.

(3)³⁴ A Vhr. 12/B. §-a szerinti ellenőrzési kötelezettség elmulasztása esetén, a nem ellenőrzött ellátási esetek után

a) a háziorvosi szolgáltató díjazásából bejelentkezett biztosított ellátása esetén a 11. § (1) bekezdése szerinti, 2007. évi díjazás országos átlagos havi esetszámmal osztott összegének 10%-a,

b) a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgáltató eseti ellátásának díjazásából a tárgyhónapban egy eseti ellátásra jutó díj összegének 10%-a,

c) a háziorvosi ügyeleti szolgáltatásra szerződéssel rendelkező szolgáltató díjazásából a 11. § (1) bekezdése szerinti, 2007. évi díjazás országos átlagos havi esetszámmal osztott összegének 10%-a,

d)³⁵ a fogászati alapellátást nyújtó szolgáltató díjazásából az adott ellátás után járó teljesítménydíj 10%-a, de legfeljebb 1000 forint

kerül levonásra.

(4)³⁶ A háziorvosi, a házi gyermekorvosi, a háziorvosi ügyeleti szolgáltató és a fogászati alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a Vhr. 12/B. §-ában előírt ellenőrzési kötelezettség teljesítése esetén, ellátási esetenként 50 forint ellenőrzési díjra jogosult. A díjazás szempontjából ellátási esetnek minősül az adott ellátási formában egy biztosított egy napon történt ellátása.

(5)³⁷ A járóbeteg-szakellátást, illetve fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a Vhr. 12/B. §-ában előírt ellenőrzési kötelezettség teljesítése esetén ellátási esetenként 50 forint ellenőrzési díjra jogosult. A díjazás szempontjából egy ellátási esetnek minősül járóbeteg-szakellátás esetében egy biztosított egy egészségügyi szolgáltatónál egy napon

történt ellátása, fekvőbeteg-szakellátás esetében ápolási esetenként az ellenőrzés elvégzésére a Vhr. 12/B. §-ában meghatározott nap.

(6)³⁸ Az OEP a (4) és (5) bekezdésben meghatározott ellenőrzési díjat a 6. § (3) bekezdése szerint utalványozza.

4/B. §³⁹ Az OEP a szolgáltatók által az országos várólista nyilvántartásban – a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet szerint – regisztrált adatok és a fekvőbeteg szakellátás teljesítmény-elszámolási adatai között minden tárgyhónapot követő 20. napig (a továbbiakban: egyeztetési időpont) elszámolási egyeztetést végez. Ennek során az OEP a várólista nyilvántartási tételeket a tárgyhónap utolsó napjának vége szerinti státusz alapján vizsgálja, azzal, hogy az adatokban a tárgyhónapot követő 20. nap végéig elvégzett adathiba javításokat és adathiány pótlásokat is figyelembe kell venni az 5/A. § szerinti eljárások során.

5. § (1)⁴⁰ Adathiány vagy hibás adat miatt a szolgáltató a pótlólagos vagy javított elszámolás iránti igényét legfeljebb a teljesítés hónapját követő második hónap 5. napjáig küldheti meg. Az elszámoló által megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő negyedik hónap 5. napjáig, a (3) bekezdés b) pontja szerinti átfedésekről megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő ötödik hónap 5. napjáig nyújtható be az adat javítása, illetve a technikai okokból feldolgozhatatlan adat pótlása. A teljesítmények OEP által történő adatfeldolgozása során elkövetett hibák kijavítását az R.-ben meghatározott – az adott ellátásra vonatkozó elszámoláskor hatályban lévő – finanszírozási szabály hatályának idejére visszamenőleg kell elvégezni. A javított tételek elszámolása a hibás elszámolás időszakában érvényes forintértékkel történik.

(2)⁴¹ Adathiánynak minősül, ha a jelentett adatok a kötelezően jelentendő adatok nem teljes körét tartalmazzák.

(3)⁴² Hibás az adat

a) ha a szolgáltató, a szolgáltatást igénybe vevő adatai, vagy az ellátás azonosítását, leírását szolgáló adatok nem felelnek meg a jogszabályokban, továbbá a kitöltési útmutatóban foglalt előírásoknak, továbbá

b)⁴³ ha a fekvőbeteg-szakellátást igénybe vevő adatai azonos ellátási napon egyéb ellátási formában is jelentésre kerülnek, ez alól kivételt képeznek krónikus fekvőbeteg-szakellátás esetén a CT, MRI diagnosztikai vizsgálatok, az újszülöttek járóbeteg-szakellátásban jelenthető szűrővizsgálata, a dialízis ellátások, továbbá az R. 8. számú melléklete szerinti ellátások. Az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás esetében egy elrendelő lap alapján végzett teljes ellátási időszak hibásnak minősül, ha azonos időszak alatt fekvőbeteg-szakellátás igénybevétele is jelentésre kerül.

Amennyiben a hiba javítására az első elszámoló által, az átfedésekről készített és az érintett szolgáltatóknak kiküldött lista alapján az (1) bekezdésben előírt határidőig nem kerül sor, az átfedéssel érintett elszámolási tételek nem kerülnek elszámolásra, kivéve, ha az elszámolási tételek közötti átfedések rendezését e rendelet másképp szabályozza.

(4)⁴⁴ Az el nem számolt hibás vagy hiányos tételekről listát kell készíteni. Az ezen szereplő esetek csak a hibajavítást, illetve a hiány pótlását követően kerülhetnek elszámolásra. Az elszámolás a hibákat kijavító tételek megküldése után történik.

(5) A javított tételek elszámolása az általános szabályok szerint történik azzal, hogy a már korábban elszámolt tételt módosító javításoknál csak különbözetet lehet elszámolni.

(6) Az utólagos teljesítményelszámolás az elszámolásakor érvényes értéken történik.

(7)⁴⁵ Ha az intézmény teljesítményét nem számolta el határidőre, az OEP évente legfeljebb két ízben – utólagos elszámolás mellett – előleget folyósít az intézmény kérelmére, amelynek összege legfeljebb a tárgyévet megelőző évi teljesítménydíj egyhavi átlagának egyharmada lehet.

5/A. §⁴⁶ (1) A fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása vonatkozásában adathiánynak minősül, ha az Eb. tv. 20. § (1) bekezdés *a*) pontja alapján teljesíthető fekvőbeteg-szakellátással kapcsolatosan a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 2. § *h*) pontja szerinti országos várólista nyilvántartásban (a továbbiakban: országos várólista nyilvántartás) az egyeztetési időpontban a jelentett adathoz tartozó várólista nyilvántartási tétel hiányzik.

(2) A fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása vonatkozásában adathibának minősül, ha a fekvőbeteg-szakellátás elszámolási szabályai szerinti jelentés hiánytalan és hibátlan, azonban a várólista nyilvántartási tétel adathibás, mivel a jelentett adathoz tartozó várólista nyilvántartási tételről az országos várólista nyilvántartási rendszerben az egyeztetési időpontban megállapítható, hogy

a) az elvégzett ellátást nem vezették ki a várakozási sorból,

b) az országos várólista nyilvántartás nem tartalmazza a kötelezően nyilvántartandó adatok teljes körét,

c) az adott ellátáshoz tartozó várólista nyilvántartási tétel bármely adata az egyeztetési időpontban nem felel meg a jogszabályban, valamint a kitöltési útmutatóban foglaltaknak,

d) a várólistán hibásan közzétett nyilvántartási tétel bármely adata az országos várólista nyilvántartásba történt felvételt követően nem felelt meg a jogszabályban, valamint a kitöltési útmutatóban foglaltaknak és a rendszeresen elvégzett ellenőrzés alapján küldött első hibaüzenetet követő 10 munkanapon belül sem került sor a várólista nyilvántartási tétel adatának a kijavítására az országos várólista nyilvántartásban, vagy

e) a várólista nyilvántartási tétel ellátott esetként nyilvántartott, azonban az ellátás adata vagy részjelentése az aktuális elszámolási időszakban a teljesítmény-elszámolásra jelentett adatok között nem szerepel.

(3) Az OEP az (1) bekezdés szerinti adathiány, illetve a (2) bekezdésben meghatározott adathiba által érintett nyilvántartási tételekről, valamint az érintett fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó adatokról listát készít.

(4) Az (1) bekezdés szerinti adathiány, illetve a (2) bekezdés szerinti adathiba által érintett ellátások nem finanszírozhatóak mindaddig, amíg az adathiány, illetve az adathiba fennáll.

(5) Az (1) bekezdés szerinti adathiány megszüntetéséig, illetve a (2) bekezdés szerinti adathiba kijavításáig a szolgáltató tárgyhavi elszámolási összegét az érintett esetek számának és a mindenkori alapidj 20%-ának szorzataként meghatározott összeggel csökkenteni kell. Ha az adathiány megszüntetése, illetve az adathiba kijavítása a tárgyhónapot követően sem történik meg, az adathiány megszüntetéséig, illetve az adathiba kijavításáig az érintett esetek számának és a mindenkori alapidj 20%-ának szorzatával egyező összeggel a szolgáltató havi finanszírozási díját csökkenteni kell.

(6) Nem kell alkalmazni az (5) bekezdésben foglaltakat a (2) bekezdés e) pontja szerinti esetben, ha a szolgáltatónál a teljesítmény-elszámolás keretében a folyamatban lévő ellátás jelentésére legalább részben sor került.

5/B. §⁴⁷ (1) A teljesítményjelentések feldolgozását, illetve ehhez kapcsolódóan egyéb, a finanszírozás mértékének megállapítását érintő elháríthatatlan akadály esetén az OEP főigazgatója – az egészségügyért felelős miniszter értesítésével egyidejűleg – a betegellátás folyamatosságának biztosítása érdekében elrendelheti, hogy az akadály megszűnéséig az érintett egészségügyi szolgáltatók részére az akadály bekövetkezését megelőző, az akadályoztatással érintett ellátási forma háromhavi finanszírozási díja átlagának megfelelő finanszírozási díj utalására kerüljön sor.

(2) Amennyiben az (1) bekezdésben meghatározott finanszírozási díj nem állapítható meg, akkor az egészségügyi szolgáltató részére az adott ellátási formára jellemző országos havi átlagos teljesítménydíj megállapítására kerül sor.

(3) Az elháríthatatlan akadály léte nem érinti az egészségügyi szolgáltatók e rendeletben meghatározott kötelezettségeit.

(4) Az akadály megszűnését az OEP főigazgatója állapítja meg, melyről értesíti az egészségügyért felelős minisztert. Az akadály megszűnését követően a teljesítményjelentések vonatkozásában az adathiány pótlására, hibás adat javítására nyitva álló – e rendeletben megállapított – határidők újrakezddnek.

(5) Amennyiben az (1), illetve a (2) bekezdés szerint utalványozott finanszírozási díj nem éri el vagy meghaladja a teljesítményjelentések visszamenőleges feldolgozása alapján megállapítható díjat, úgy a különbözetet az OEP jogosult a következő havi finanszírozási díjjal egyidejűleg utalványozni vagy abból visszatartani.

6. § (1) A szolgáltatót a finanszírozási szerződés alapján

a) fixdíj, és/vagy

b) teljesítménydíj

illeti meg.

(2)⁴⁸ Egy teljesítményegység forintértéke:

a) az e rendeletben előírt tételes díj,

b)⁴⁹ az a) pont hiányában a teljesítmények trendszámításán alapuló, az egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter által előre meghirdetett összeg,

c) az a) és b) pontokban foglaltak hiányában, a költségvetésben rendelkezésre álló havi keret és az országos teljesítmények hányadosa.

(3)⁵⁰ Az OEP a szolgáltató részére az (1) bekezdés szerinti díjat havonta, az államháztartás működési rendjéről szóló kormányrendeletben (a továbbiakban: Ámr.) meghatározottak szerint utalványozza.

(4)⁵¹ A tárgyév utolsó hónapjában a havi kifizetést követően és az átcsoportosítás után az egyes szakfeladatokon még rendelkezésre álló előirányzat osztható fel és fizethető ki, az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével.

(5)⁵² Amennyiben az Ebtv. 23. §-ának b), d), illetve e) pontja alapján a biztosított részleges térítési díjat fizet az ellátás igénybevétele során, annak összegével az adott szolgáltatásért elszámolható finanszírozási összeget csökkenteni kell.

6/A. §⁵³ (1)⁵⁴ Az Eb. tv. 35. §-ának (4) bekezdése szerinti működési költségelőleg folyósításának kérelmezésekor be kell mutatni az előleg szükségességének részletes indokolását és az intézkedési tervet.

(1a)⁵⁵ Amennyiben az államháztartásról szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltató tulajdonosa nem nyújthat támogatást vagy vállalhat garanciát, az nem feltétele az Eb. tv. 35. § (4) bekezdése szerinti működési költségelőleg igénybevételének.

(2)⁵⁶ A működési költségelőleg folyósításáról vagy a kérelem elutasításáról az OEP főigazgatója dönt. A működési költségelőlegben részesített szolgáltatókról és az előleg összegéről az OEP havonta tájékoztatja az egészségügyért felelős minisztert és az államháztartásért felelős minisztert.

(3)⁵⁷ A főigazgató által engedélyezett működési költségelőleget az OEP a gyógyító-megelőző ellátás előirányzata működési költség előleg keretéből utalványozza, és a Kincstár folyósítja a szolgáltató részére. A működési költségelőleg maximális összege – a (4) bekezdés szerinti szolgáltatók kivételével – a szolgáltatónak az igénylést megelőző 12 havi finanszírozási összegből számított havi átlagösszeg 30 százaléka.

(4)⁵⁸ Finanszírozás szempontjából új kapacitáson nyújtott teljesítmény szerint finanszírozott szolgáltatások működési kiadásainak fedezetére utólagos elszámolással finanszírozási előleg folyósítható. Az egyhavi előleg mértéke a finanszírozási szerződés szerinti kapacitás nagyságára és az ellátási formára jellemző országos havi átlagos teljesítménydíj 50 százaléka. E jogcímen a havi finanszírozási előleg a finanszírozási szerződés megkötését követően legfeljebb két hónapra folyósítható. A finanszírozó a folyósítás határidejének leteltét követően az előleget egyenlő részletekben a következő két havi esedékes finanszírozási összegből levonja.

(5)⁵⁹ A finanszírozási előleget és a működési költségelőleget a tárgyévben vissza kell fizetni.

(6)⁶⁰ Ha a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató a finanszírozási előleget nem a kérelemben megjelölt célra használta fel, az előlegnek még fennmaradt részét az egészségügyi intézmény részére járó finanszírozási összegből az Eb. tv. rendelkezése szerint számított kamatokkal együtt levonja.

6/B. §⁶¹ (1)⁶² Amennyiben a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató az adott teljesítményt magasabb összeg finanszírozására jogosító jogcímen jelentette, akkor a szolgáltató az elszámolt, valamint a ténylegesen elvégzett és megfelelően dokumentált szolgáltatás finanszírozási értéke közötti különbözetet köteles megtéríteni az Eb. tv. 37. § (13) bekezdése szerint számított kamat összegével együtt.

(2)⁶³

6/C. §⁶⁴ (1) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató jogutódlással szűnik meg és az Ebtv. 34. § (2) bekezdése alapján további díjazásra nem jogosult, az általa jelentett és elszámolható teljesítmények után járó díjat az OEP a jogutód egészségügyi szolgáltató részére utalványozza.

(2) Az (1) bekezdés alkalmazása szempontjából jogutódnak minősül a finanszírozott egészségügyi szolgáltató helyébe lépő feladat-ellátási szerződés vagy feladat-átadási megállapodás alapján az ellátási kötelezettséget és a meglévő szerződéses kapacitásokkal történő feladatellátást vállaló egészségügyi szolgáltató.

(3)⁶⁵ A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgálatot és az 1999. április 1-je előtt létrehozott területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező háziorvosi szolgálatot működtető háziorvosi szolgáltató finanszírozási szerződésének megszűnését követően a továbbiakban nem jogosult a bejelentkezett biztosítottak korcsoportos pontszáma alapján számított díjazásra. Az 1999. április 1-je után létrehozott területi ellátási kötelezettség nélkül működő háziorvosi szolgálatot működtető háziorvosi szolgáltató finanszírozási szerződésének megszűnését követően a bejelentkezett biztosítottak tárgyhavi és tárgyhó előtti hónap szerinti állapotnak megfelelő korcsoportos pontszáma alapján jogosult díjazásra. A háziorvosi szolgáltató az adott szolgálatra vonatkozó finanszírozási szerződése megszűnését megelőzően végzett ellátások alapján esedékes minősítő teljesítménydíjazásra finanszírozási szerződése megszűnését követően nem jogosult.

(4)⁶⁶ A szolgáltató a finanszírozási szerződés megszűnését követően a teljesítményen – háziorvosi ellátás esetében a (3) bekezdés szerinti bejelentkezett biztosítottak korcsoportos pontszámán – alapuló díjazás szerint jogosult a finanszírozási szerződés megszűnését megelőzően elvégzett jogviszony ellenőrzések után járó díjazásra.

6/D. §⁶⁷ (1) A finanszírozás keretében járó összeg terhére az Eb. tv. 35. § (1) bekezdés szerinti engedményezés esetén a szolgáltató az írásban megkötött engedményezési szerződést a teljesítést megelőző 30 nappal nyújtja be a finanszírozónak.

(2)⁶⁸ A szolgáltató és a finanszírozó a finanszírozási szerződésben meghatározott feladat ellátását szolgáló engedményezés teljesítésére szerződés-kiegészítést köt, amennyiben az engedményezett nem a szolgáltató közreműködője, és az engedményezett összeg összességében nem haladja meg a szerződés-kiegészítés megkötésének kezdeményezését megelőző 12 havi finanszírozás összegéből számított egyhavi átlag 10 százalékát, és az engedményezés legalább hat hónapra és havi azonos összegre vonatkozik.

(3)⁶⁹ A finanszírozó egyidejűleg legfeljebb öt, a szolgáltató által kötött engedményezési szerződés alapján teljesít. Az engedményezett összeg tovább nem engedményezhető. A szolgáltató pénzforgalmi számlaszámát csak a kedvezményezett fél jóváhagyásával módosíthatja.

6/E. §⁷⁰ Az egészségügyi szolgáltató az általa külföldön történő gyógykezelésre beutalt beteg részére végzett külföldön történő gyógykezelésről a 4. § (2) bekezdése szerint adatot szolgáltat az OEP részére a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló kormányrendelet alapján, amennyiben a beteg a külföldön történő gyógykezelést a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló kormányrendelet szerint vette igénybe.

6/F. §⁷¹ Gyógyszerhez nyújtott támogatás finanszírozása szabályainak megváltozása miatt a megváltozott finanszírozású gyógyszer felhasználó szolgáltatók számára – a betegellátás zavartalanága érdekében – előleg folyósítható. A folyósítás – amelynek határidejére és visszafizetésére a 6/A. § (4) bekezdésében foglaltak az irányadók – a működési költségelőleg terhére történik.

II.

EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS

A háziorvosi ellátás finanszírozása

7. §⁷² (1)⁷³ A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló rendelet (a továbbiakban: Hr.) hatálya alá tartozó háziorvosi és házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: háziorvosi) tevékenységet nyújtó szolgáltató által nyújtott ellátásra a szolgáltató a finanszírozóval szerződés köt. A szolgáltató a szerződés megkötéséhez nyilatkozik arról, hogy az ellátást nyújtó orvos a (2) bekezdésben foglalt feltételekkel vállalja a folyamatos ellátást.

(2)⁷⁴ Folyamatos az ellátás, ha

a) a háziorvosi szolgálat orvosa a Hr.-ben meghatározott rendelési időben rendelőjében háziorvosi tevékenységet végez;

b)⁷⁵ munkanaponként a háziorvosi szolgálat orvosa 8 órában – beleértve a rendelési időt és a tanácsadás idejét is – az öt választott biztosítottak számára szolgáltatást nyújt, ide nem értve a keresőképtelenség, a hivatalos távollét, illetve a szabadság miatt szükségessé váló helyettesítés eseteit;

c)⁷⁶ munkanaponként a háziorvosi szolgálat által alkalmazott ápoló 8 órában, a házi gyermekorvosi szolgálatban alkalmazott gyermekápoló vagy asszisztens legalább a rendelési időben a biztosítottak számára rendelkezésre áll, ide nem értve a keresőképtelenség, a hivatalos távollét, illetve a szabadság miatt szükségessé váló helyettesítés eseteit; és

d) a háziorvosi szolgálat orvosa részt vesz a háziorvosi ügyeleti rendszerben, kivéve, ha az ügyeleti ellátásért felelős önkormányzat, önkormányzati társulás vagy annak egészségügyi intézménye nyilatkozik arról, hogy

da) a közreműködésre nem tart igényt, vagy

db) feladatátadási szerződés keretében más szolgáltatóval szerződést köt az érintett háziorvos által egyébként ellátandó ügyeleti feladatok teljes körének átadására.

(3)⁷⁷ Ha a területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezettek száma nem éri el felnőtt és vegyes lakosság esetén az 1200 főt, illetve gyermek lakosság esetén a 600 főt a (2) bekezdés c) pontban meghatározott ápoló (gyermekápoló, asszisztens) munkaidejét a bejelentkezett biztosítottak és felnőtt, illetve vegyes lakosság ellátása esetén az 1200 fő, gyermek lakosság ellátása esetén a 600 fő hányadosa szerint kell meghatározni. Amennyiben a bejelentkezett biztosítottak száma eléri vagy meghaladja a fenti biztosítottak számát az ápoló (gyermekápoló, asszisztens) munkaidejére a (2) bekezdés c) pontja az irányadó.

7/A. §⁷⁸ Az alapellátási szolgálat – kivéve a 20. § szerinti iskola-egészségügyi, valamint a 19. § szerinti ügyeleti szolgálat – helyettesítéssel történő ellátása esetén a helyettesítő orvos/fogorvos a körzetének rendelési idején túl köteles a helyettesítéssel ellátott szolgálatra megállapított rendelési időnek legalább az 50%-át teljesíteni.

8. §⁷⁹ (1)⁸⁰ Területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálat finanszírozására az OEP a 2. § j) pontja szerinti lakosok igazolt számának figyelembevételével köt finanszírozási szerződést a szolgáltatóval a háziorvosi körzet (a továbbiakban: körzet) lakosságának ellátására.⁸¹

(2) A területi ellátási kötelezettséggel működő új háziorvosi szolgálatra akkor köthető finanszírozási szerződés, ha a szolgáltató

a) 14 év feletti 1200–1500 fő lakos (a továbbiakban: felnőtt körzet), vagy

b) életkori korlátozás nélkül 1200–1500 fő lakos (a továbbiakban: vegyes körzet), vagy

c)⁸² 0–14 év közötti 600–800 fő lakos (a továbbiakban: gyermekkörzet)

ellátását biztosítja.

(3)⁸³ Amennyiben a körzethatárok módosítása során a (2) bekezdésben meghatározott minimumlétszám alatti lakosságszámú felnőtt, vegyes, illetve házi gyermekorvosi körzet kerül kialakításra, az OEP a szolgáltatóval akkor köt finanszírozási szerződést, ha az önkormányzat(ok) rendelkezik(nek) a körzetek megosztásáról, ennek érdekében a szolgáltató a szerződés módosítását kezdeményezi. Az OEP a 14. § (2)–(4) bekezdése szerinti fixdíjakat utalja. Új körzet létesítése esetén nem köthető finanszírozási szerződés, ha az új körzet létesítése következtében valamely meglévő körzet lakosság száma felnőtt és vegyes körzet esetén 1200, gyermekkörzet esetén 600 fő alá csökken.

(4)⁸⁴ A (2) bekezdésnek megfelelő új körzet esetén a díjazást az OEP a körzet kialakítását követő egy éven át kiegészíti az adott típusú háziorvosi körzetek előző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának mértékéig, amely az első hónaptól kifizetésre kerül. A 14. § (2)–(4) bekezdése szerint járó díjazás az első hónaptól kifizetésre kerül.

(5)⁸⁵ A területi ellátási kötelezettséggel érintett körzet lakosság számát az előző év december 31-ei állapotnak megfelelően a település jegyzője igazolja az OEP számára minden év

március 31-éig, illetve a körzethatár-módosítás miatt kezdeményezett szerződésmódosítással egyidejűleg.

9. § (1)⁸⁶ A finanszírozó területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi szolgálat finanszírozására szerződést köt a Vhr. 17. §-ának (1) bekezdése szerinti szolgáltatóval, ha

a) legalább 200, az Eb. tv. szerint biztosítottaknak minősülő személy (a továbbiakban: biztosított), illetve annak törvényes képviselője írásban nyilatkozik, hogy őt kívánja háziorvosának választani – kivéve, ha korábbi szerződése megszűnését jogellenes magatartása idézte elő –, és

b) személyesen biztosítja a 7. § (2) bekezdése szerinti folyamatos ellátást.

(2)⁸⁷ A finanszírozó az (1) bekezdés szerinti szerződést megkötheti a MOK területileg illetékes szervezetének beleegyezésével is, amennyiben az (1) bekezdés a) pontja szerinti feltételek nem teljesülnek.

(3) Ha a területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi szolgálatnál a szerződés megkötését követő 6. hónapban a bejelentkezett biztosítottak száma nem éri el a 200 főt, vagy az a későbbiekben 200 fő alá csökken, a finanszírozási szerződést a MOK illetékes szervezetének véleménye alapján lehet felmondani vagy fenntartani.

10. § (1)⁸⁸ Az OEP a fővárosban legfeljebb 5, megyeszékhelyenként egy-egy hajléktalanok ellátására létrehozott, területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi szolgálat finanszírozására köthet szerződést, amennyiben a fővárosban az adott területen, illetve a megyeszékhelyeken a (2) bekezdés szerinti folyamatos ellátás nem biztosított. A heti 30 órás rendelési idővel működő háziorvosi szolgálat díjazása a háziorvosi szolgálatok előző évben elért havi országos átlagdíjának a tárgyévi előirányzat-növekedés mértékével emelt összegével történik. E feladat ellátására csökkentett, de legalább heti 15 óra rendelési időre is köthető szerződés, időarányos díjazás mellett.

(2)⁸⁹ Az egészségügyért felelős miniszter kijelölése alapján az OEP a fővárosban öt, Debrecenben, Győrben, Miskolcon, Nyíregyházán, Pécsen, Szegeden és Veszprémben egy-egy a hajléktalanok ellátását napi 24 órában, heti 168 órában biztosító, területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi ellátás nyújtására működési engedéllyel rendelkező szolgáltatóval köthet szerződést. A kijelölés a Hajléktalanokért Közalapítvány módszertani javaslatának figyelembevételével történik. Az ellátás kiegészül a fővárosban 1-1, a megnevezett megyeszékhelyeken 0,5-0,5 mozgó orvosi szolgálattal. A heti 168 órában működő szolgáltató díjazása az (1) bekezdés szerinti díj 90%-kal növelt összegének négyszerese. A mozgó orvosi szolgálatot a fővárosban az (1) bekezdés szerinti díj 90%-kal növelt összege, a megyeszékhelyeken az összeg 50%-a illeti meg.

(3)⁹⁰ Az (1) és (2) bekezdés szerinti szolgálatokat a szerződésben előírt nyilvántartási kötelezettség terheli. A szolgáltató a szerződés szerinti forgalmi adatokat szolgáltatja.

11. § (1)⁹¹ A háziorvosi szolgáltató a háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak után az E. Alapból a 12. § (2) bekezdés szerinti díjazásra jogosult, ha a külön jogszabály szerinti törzskarton, illetve gyermek-egészségügyi törzslap (a továbbiakban együtt: törzskarton) szabályszerű felvétele megtörtént. A házi gyermekorvosi szolgálat legfeljebb a 0–18 éves életkor közötti, a felnőtt háziorvosi szolgálat pedig a 14 éves életkor feletti bejelentkezett

biztosítottak után részesül díjazásban. Nem jogosult a szolgáltató a bejelentkezett biztosítottak után díjazásra, ha a 17. § (1) bekezdés szerinti adatszolgáltatási kötelezettségét – figyelemmel az 5. § (1) bekezdésében foglaltakra – nem teljesíti.

(2)⁹³ A háziiorvosi szolgálat a díjazás ellenében köteles a jogszabályokban előírt feladatokat ellátni, így különösen a dokumentált és havonta összesített gyógyítási munkát, gondozási feladatokat, megelőzési és szűrési tevékenységet. A háziiorvosi ellátás minőségi színvonalának emelése céljából az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben határozza meg a háziiorvosi szolgálat típusának megfelelő indikátorokat. A finanszírozó a háziiorvosi szolgálat típusának megfelelő gyógyító-megelőző tevékenysége és adatszolgáltatása alapján havi rendszerességgel értékeli az indikátorok szerinti teljesítést, és erről értesíti az adott szolgálat működtetőjét.

(3)⁹⁴ A díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a 17. § (2) bekezdése szerinti nyilvántartás alapján meghatározott korcsoportonkénti pontszám összegének degressziós tényezővel korrigált értéke, valamint a szakképzettségi szorzó szorzataként kell megállapítani. A degressziót 2400 ponttól, illetve vegyes háziiorvosi szolgálat esetén 2600 ponttól kell alkalmazni. Számítási módját a 3. számú melléklet A) pontja tartalmazza. A degresszió számításánál az adott háziiorvoshoz bejelentkezett valamennyi biztosítottat figyelembe kell venni, függetlenül attól, hogy azok ellátására egy vagy több rendelőben, illetve azonos vagy eltérő rendelési időben kerül sor.

(4)⁹⁵ A (3) bekezdés szerinti degresszió alkalmazása alól mentesítést kap az a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálat, amelyhez bejelentkezett biztosítottak száma nem haladja meg a területi ellátásra kijelölt körzet lakosságszámát, és

a) ahol a körzet egy vagy több önálló település teljes közigazgatási területére is kiterjed, és a körzet székhelyén összesen legfeljebb két azonos típusú területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálat működik, vagy

b)⁹⁶ a településen más azonos típusú területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálat nem működik.

(5)⁹⁷ A (4) bekezdés szerinti degresszió alóli mentesség a területi ellátásra kijelölt körzet legfeljebb 2400 (gyermekkörszet esetén 1200) főig terjedő lakosságszámra szól. Amennyiben a területi ellátásra kijelölt körzet lakosságszáma meghaladja a 2400 (gyermekkörszet esetén az 1200) főt és a (4) bekezdésben foglalt feltételek fennállnak, a degressziót a 2400 (gyermekkörszet esetén 1200) főt meghaladó bejelentkezett biztosítottak tekintetében kell alkalmazni. A 2400 (gyermekkörszetben 1200) főre figyelembe vehető pontértéket az OEP számítja ki évente egyszer, a degresszió alól mentesített háziiorvosi szolgálatra jellemző korcsoportos szorzók súlyozott átlaga alapján. A degresszióval korrigált pontszámot – a 3. számú melléklet A) pontja szerinti pontérték helyett – az OEP által kiszámított pontérték alapján kell meghatározni.

(6)⁹⁸ A (4)–(5) bekezdések szerinti mentesség tényét az OEP évente április 30-áig felülvizsgálja.

(7)⁹⁹ Amennyiben a háziiorvosi szolgáltató a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM. rendelet 6. § (1) és (2) bekezdésében meghatározott szakdolgozókon túl a háziiorvosi szolgálat feladatainak ellátására további

szakdolgozót alkalmaz, erről bejelentést tesz a finanszírozónak és erre tekintettel a finanszírozási szerződés módosításra kerül, a (3) bekezdés szerinti elszámolásban a háziorvosi szolgálat degressziós ponthatára

a) a további szakdolgozó teljes munkaidőben történő foglalkoztatása esetén – kivéve az egy hónapot meghaladó tartós távollétet – 800 ponttal megemelt érték,

b) nem teljes, de legalább heti 20 órás munkaidőben történő foglalkoztatás esetén az a) pont szerinti 800 pont időarányosan csökkentett részével megemelt érték.

12. §¹⁰⁰ (1)¹⁰¹ Ha a háziorvosi szolgáltató a Hr. szerint a háziorvosi szakvizsgálathoz szükséges szakgyakorlatot letöltött szakorvos-jelöltet, illetve szakorvost alkalmaz a háziorvos felügyeletével, és erről bejelentést tesz a finanszírozónak, a finanszírozó a szerződést módosítja és az elszámolásban a degressziót – teljes munkaidőben történő foglalkoztatás (kivéve az egy hónapot meghaladó tartós távollétét) esetén – 3600 (vegyes körzet esetén 3800) ponttól alkalmazza. A szakorvos jelölt legfeljebb 4 praxisnál történő egyidejű foglalkoztatása esetén az 1200 pont megosztása a praxisok között arányosan történik.

(2)¹⁰² Az egy pontra jutó díj a praxisfinanszírozás 5. számú melléklet szerinti, a 12/A. § (2) bekezdése alapján módosított kiadási előirányzata egy havi összegének a 4/A. §, a 8. § (4) bekezdése, a 10. § (1) bekezdése, valamint a 14. § (2)–(4) bekezdése szerinti kiadásokkal csökkentett része és a 11. § (3) bekezdése szerint megállapított, országos szinten összesített pontszám hányadosa.

(3)¹⁰³ Ha a helyettesítést a 15. § szerinti praxisközösségben a praxisközösség orvosa látja el, akkor a helyettesítést ellátó orvos szakképzettségi szorzójának a figyelembevételével történik a számítás. Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott praxis a 14. § (2)–(4) bekezdése szerinti fix összegű díj 60 százalékára jogosult. A fixdíj folyósítása szempontjából nem tekinthető tartós helyettesítésnek, ha a praxis ellátására a szolgáltató teljes munkaidőben a Hr. szerint háziorvosi tevékenység végzésére jogosult másik orvost foglalkoztat.

(4)¹⁰⁴ A korcsoportonkénti pontszámok alapján történő díjazásra a háziorvosi szolgáltató érvényességi időhöz kötötten jogosult. Az érvényességi idő utolsó napjáig ismételt orvosi vizsgálatot kell végezni újabb törzskarton kitöltésével. Az orvosi vizsgálat során nem kell ismételt elvégezni a külön jogszabály szerint előírt vizsgálatokat. Az érvényességi idő számítása a biztosított születési napját követő hónap első napjától kezdődik, és az e bekezdésben meghatározott érvényességi ideig tart.

A korcsoportonkénti pontszám és érvényességi idő:

a)¹⁰⁵ 0–4 év közötti bejelentkezett biztosított után 4,5 pont 1 év

b)¹⁰⁶ 5–14 év közötti bejelentkezett biztosított után 2,5 pont 1 év

c) 15–34 év közötti bejelentkezett biztosított után 1,0 pont 3 év,

d) 35–60 év közötti bejelentkezett biztosított után 1,5 pont 2 év,

e) 60 év feletti bejelentkezett biztosított után 2,5 pont 2 év.

(5)¹⁰⁷ Az érvényességi idő lejártát követően, ha az érvényességi időn belül az orvosi vizsgálat nem történt meg, vagy azt a házi orvos a hozzá bejelentkezett biztosítottnál igazolható módon nem kezdeményezte, az esedékes változásjelentésben a biztosítottat ki kell jelenteni. Amennyiben a kijelentést követően orvos-beteg találkozó jön létre, a 11. § (1) bekezdése szerint kell eljárni, az egyidejű ellátás mellett a biztosított újra bejelenthető.

(6)¹⁰⁸ Amennyiben helyszíni ellenőrzés megállapítja az újabb törzskarton szabályszerű kitöltésének vagy az orvosi vizsgálatnak az elmaradását, illetve az orvosi dokumentációban nincs adat arról, hogy orvosi vizsgálat történt a tárgyidőszakban vagy ezt kezdeményezte a házi orvos, akkor a finanszírozó biztosítottak után

a) az ellenőrzést követő hónap 1. napjától nem folyósítja a díjazást, továbbá

b) az érvényességi idő utolsó napjának az időpontjától az e biztosítottak ellátása alapján folyósított összeg visszafizetésére kötelezi a házi orvosi szolgálatot, annak kamataival együtt.

(7)¹⁰⁹ A szolgálatot folyamatosan ellátó orvos szakképzettsége és orvosi gyakorlati ideje alapján alkalmazandó szakképzettségi szorzó:

a) a (8) bekezdés szerinti alapszakvizsgálával nem rendelkező házi orvosnál 1,0,

b) alapszakvizsgálával nem rendelkező, 25 évnél több, körzetben eltöltött gyakorlati idővel rendelkező házi orvosnál 1,2,

c) alapszakvizsgálával rendelkező házi orvosnál 1,3

(8)¹¹⁰ A (7) bekezdés szerinti alapszakvizsgának minősül

a) az általános orvostan szakorvosi szakképesítés,

b) a házi orvostan szakorvosi szakképesítés,

c) a belgyógyász szakorvosi szakképesítés és 10 év körzeti, illetve házi orvosi gyakorlat, valamint

d) a házi gyermekorvosi szolgálatnál csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi szakképesítés.

12/A. §¹¹¹ (1) A házi orvosi szolgáltató a házi orvos gyógyító-megelőző tevékenységének a 11. § (2) bekezdése szerinti értékelése alapján, abban az esetben jogosult teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább egyikében pontot ér el.

(2) Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a finanszírozó havonta állapítja meg. Az egy pontra jutó díj összege a minősítő teljesítménydíjazásra elkülönített kiadási előirányzat egy havi összegének és a tárgyhónapban díjazásra jogosult házi orvosi szolgálatok országos szinten összesített pontszámának hányadosa. Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés a 2012. áprilisi időszak értékelésétől kezdődően havi gyakorisággal történik – ide nem értve a (3) bekezdésben foglalt díjfizetést –, amely a tárgyhónapot követő második hónapban kerül utalványozásra.

(3) Az orvosok gyógyszerrendelésének értékelésére a teljesítménydíjazásra elkülönített havi kiadási előirányzat legfeljebb 20%-a fordítható, mely díjazásra negyedéves gyakorisággal kerül sor, amely a negyedév utolsó hónapját követő második hónapban kerül utalványozásra.

13. §¹¹² (1)¹¹³ Ha a területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgálat a Hr. 3. §-ának (3) bekezdése alapján olyan térítésmentes ellátásra jogosult személyt lát el (ide nem értve az ügyeleti szolgálatban ellátottakat), aki

a) biztosított, azonban az adott szolgálathoz nem jelentkezett be, vagy

b)¹¹⁴ nemzetközi egyezmény, vagy a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek alapján jogosult az ellátásra [a továbbiakban a)–b) együtt: eseti ellátás],

a szolgáltató a (3)–(5) bekezdésben meghatározottak szerint részesül az E. Alapból díjazásban.

(2) Az (1) bekezdést alkalmazni kell a helyettesítés során is, kivéve, ha az ellátott biztosított a helyettesítő, illetőleg a helyettesített praxisba bejelentkezett.

(3)¹¹⁵ A háziiorvosi szolgáltató a tárgyhót követő hónap 5. munkanapjáig az ambuláns napló adatai alapján a 4. számú melléklet szerint jelenti az általa nyújtott eseti ellátásokat a finanszírozónak. Az OEP az adatokat összegyűjti, és az eseti ellátások így előálló számával elosztja az eseti ellátás díjazására rendelkezésre álló havi keretösszeget. A kapott összeg, de legfeljebb 600 forint, a tárgyhóban az egy eseti ellátásra kiutalható díj.

(4)¹¹⁶ A háziiorvosi szolgáltató részére az általa jelentett eseti ellátások száma és a (3) bekezdés szerinti díj szorzatának megfelelő összeget az OEP a jelentés leadásának hónapjában utalványozza a 6. § (3) bekezdése szerint.

(5)¹¹⁷ Amennyiben az eseti ellátások díjazására szolgáló havi keretösszeg nem kerül felhasználásra, annak maradványát a háziiorvosi szolgálatok következő havi teljesítményarányos díjazásához kell hozzáadni.

14. §¹¹⁸ (1) A területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgáltató a 11–12. §-ban meghatározott díjazáson felül az E. Alapból havonta a (2)–(4) bekezdés szerinti díjazásra jogosult.

(2)¹¹⁹ A háziiorvosi szolgáltató a körzet lakosság száma és a rendelő adottságai alapján – a (3) bekezdésben foglaltak figyelembevételével – az alábbi fix összegű díjra jogosult:

a) felnőtt körzet esetén, ha a körzet felnőtt lakosainak száma

aa) nem éri el az 1200 főt 253 000 Ft,

ab) 1200 és 1500 fő között van 235 000 Ft,

ac) 1500 fő felett van 197 000 Ft,

b)¹²⁰ gyermekkörzet esetén, ha a körzet lakosainak száma

ba) nem éri el a 600 főt 290 000 Ft,

bb) 600 és 800 fő között van 272 000 Ft,

bc) 800 fő felett van 235 000 Ft,

c)¹²¹ vegyes körzet esetén, ha a körzet lakosságszáma

ca) nem éri el az 1200 főt 271 000 Ft,

cb) 1200 és 1500 fő között van 250 000 Ft,

cc) 1500 fő felett van 214 000 Ft.

(3) A (2) bekezdés szerinti összeget növelni kell

a) tíz százalékkal, ha a háziiorvosi rendelő önálló épületben működik, illetve olyan épületben van, ahol nincs másik E. Alapból finanszírozott tevékenységet folytató szolgáltató,

b)¹²² 30%-kal, ha a háziiorvosi szolgálat orvosa legalább két rendelőben folytatja tevékenységét,

c)¹²³ a b) pont szerinti mértéket meghaladóan rendelőnként további 10%-kal, ha a b) pont szerinti díjazás alapját képező rendelőkhöz képest a háziiorvosi szolgálat rendelői további más, az ellátási területhez tartozó településen vagy településeken helyezkednek el,

d)¹²⁴ további 50%-kal, ha a háziiorvosi szolgálat körzete

da)¹²⁵ a kistérségi támogatási alap célelőirányzat felhasználásának részletes szabályairól szóló 5/2003. (V. 20.) MeHVM rendelet alapján 2012. december 31-ig jogosult volt a fix összegű díjazás 50%-os emelésére, vagy

db)¹²⁶ a kedvezményezett térségek besorolásáról szóló 311/2007. (XI. 17.) Korm. rendelet 2. számú melléklete szerinti leghátrányosabb helyzetű kistérséghez tartozó települések közül kettőre vagy többre terjed ki és a körzet lakosságszáma 800–1500 fő közötti, vagy

dc)¹²⁷ a területfejlesztés kedvezményezett térségeinek jegyzékéről szóló 64/2004. (IV. 15.) Korm. rendelet alapján 2007. november 24-ig jogosult volt a fix összegű díjazásának 50%-os emelésére.

(4)¹²⁸ A szolgáltató a háziiorvosi körzet területén élő lakosság elhelyezkedésének adottságait figyelembe véve, a betegek orvos általi felkeresése költségei fedezetére az alábbi területi kiegészítő díjazásra jogosult havonta:

a) fővárosban, városban 26 000 Ft,

b) községben 30 000 Ft,

c) több teljes településre vagy több település részeire kiterjedő körzetben 38 000 Ft,

d) ha a körzet ellátási területéhez külterületi lakott hely is tartozik 43 000 Ft.

(5)¹²⁹ A területi ellátási kötelezettség nélküli háziiorvosi szolgáltató havi 78 000 Ft összegű kiegészítő díjra jogosult, ha a szolgálathoz bejelentkezett biztosítottak száma gyermekorvosi szolgálat esetében meghaladja a 300, felnőtt és vegyes szolgálat esetében a 600 főt. A kiegészítő díj az adott havi teljesítménydíjak utalásával egy időben történik.

(6)¹³⁰ Amennyiben a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a háziiorvosi szolgálat orvosa nem a Hr. szerint végzi a programozott betegellátást, az ellenőrzési jegyzőkönyv kelte szerinti hónapra folyósított (2), illetve (5) bekezdésben meghatározott fix összegű, illetve kiegészítő díj 50%-át visszavonja.

(7)¹³¹ A 6 hónapon túl betöltetlen területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálat betöltése esetén a szolgálat finanszírozása egy éven keresztül kiegészítésre kerül az azonos típusú szolgálatok előző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának mértékéig.

(8)¹³² Azon tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetekben, amelyekben a területi ellátási kötelezettségnek 6 hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni, a háziiorvosi szolgálat finanszírozása az Országos Alapellátási Intézet (a továbbiakban: OALI) részére – az OALI-val közalkalmazotti jogviszonyban álló orvos igénybevételevel történő feladatellátás esetén – a 10. § (1) bekezdésében meghatározott díjazás számítás szerinti átlagos havi díj 140%-ával történik, amennyiben a körzet lakosság száma az 1200 főt eléri, alacsonyabb lakosság szám esetén arányosan csökkentett a díjazás. Ezen ellátás idején a 7. § (2) bekezdésének b) pontjában foglaltakat nem kell alkalmazni.

(9)¹³³ Ha a (8) bekezdés szerinti esetben az OALI-val közalkalmazotti jogviszonyban álló orvos 60 napot meghaladó keresőképtelen állományban van, terhességi-gyermekágyi segélyt, gyermekgondozási díjat vagy gyermekgondozási segélyt vesz igénybe, és a helyettesítését az OALI-val szerződéses jogviszonyban álló másik háziorvos látja el, a finanszírozás a 10. § (1) bekezdésében meghatározott díjazás számítás szerinti átlagos havi díj 100 százalékaival történik, ha a körzet lakosság száma az 1200 főt eléri, alacsonyabb lakosság szám esetén a díjazás arányosan csökken.

15. § (1)¹³⁴ Területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálatok feladatainak ellátására létrejött egészségügyi társas vállalkozás

a) az azonos telephelyen működő, és/vagy

b)¹³⁵ a területileg egymás mellett levő háziiorvosi szolgálatokat praxisközösségben működtetheti. Erre tekintettel az OEP a finanszírozási szerződést módosítja.

(2) A praxisközösséghez tartozó körzetek számára folyósított összeget együttesen kell kezelni azzal, hogy

a) a finanszírozás során a degressziót az együttes létszámmal kell számolni,

b) a praxisközösség valamely orvosához bejelentkezett biztosított tekintetében eseti ellátási díj nem számolható el, amennyiben a választott háziorvost a praxisközösséghez tartozó más háziorvos helyettesíti.

(3) A praxisközösségben a (2) bekezdés a) pontja szerinti számítás után a háziorvosok szakképzettségi szorzójának átlagával kell a díjazást megállapítani azzal, hogy a 11. § (4) bekezdése nem alkalmazható.

16. §¹³⁶

17. § (1)¹³⁷ A háziorvosi szolgáltató a 2. és 20. számú melléklet szerinti adatokat havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelenti a finanszírozónak.

(2) Az OEP az (1) bekezdés szerinti jelentés alapján nyilvántartást vezet az egyes háziorvosi szolgálatokhoz bejelentkezett biztosítottokról. Ha egy biztosított egyidejűleg több szolgáltató nyilvántartásában szerepel, az OEP a legutóbbi bejelentkezést veszi figyelembe, és egyidejűleg törli a másik szolgáltató nyilvántartásából, továbbá az OEP törli az elhunyt személy adatait is, és a korrigált létszámmal számol. Az utalványozással egyidejűleg tájékoztatja a finanszírozás megszüntetéséről és annak okáról az érintett háziorvosi szolgáltatót.

(3)¹³⁸ A korcsoportos átsorolást az OEP havonta, a bejelentkezett biztosítottaknak a hónap utolsó napjához viszonyított életkora alapján végzi.

(4)¹³⁹

17/A. §¹⁴⁰

18. § (1)¹⁴¹ A 11–12. § alapján megállapított díjat az OEP a jelentés leadásának hónapjában utalványozza.

(2)¹⁴² A 2. számú melléklet szerinti adatszolgáltatás késedelmes teljesítése esetén az 5. § (7) bekezdése szerint kell eljárni.

19. § (1)¹⁴³ Az OEP az ügyeleti szolgáltatás finanszírozására szerződést köt a területileg illetékes önkormányzattal vagy egészségügyi intézményével, illetve azzal, akivel az önkormányzat feladat átadási/átvállalási szerződést kötött.

(2)¹⁴⁴ Az (1) bekezdés szerinti szolgáltató az ellátási területéhez tartozó háziorvosi szolgálatok háziorvosi ellátásra szóló szerződés szerinti összlakosság száma alapján jogosult az ügyeleti ellátás díjazására.

(3)¹⁴⁵ A díjazás alapösszege 42 Ft/fő, amely a fenntartó települési önkormányzat illetékességi területéhez tartozó lakosság szám alapján az alábbiak szerint változik:

a)¹⁴⁶

b)¹⁴⁷ a díjazás az alapösszegnek a lakosság szám alapján számított

ba)¹⁴⁸ 2,1 területi szorzóval megemelt mértéke a 3000 alatti lakosság számú,

bb)¹⁴⁹ 1,7 területi szorzóval megemelt mértéke a 3 001–20 000 közötti lakosság számú,

bc)¹⁵⁰ 1,5 területi szorzóval megemelt mértéke a 20 001–40 000 közötti lakosság számú,

bd) 1,3 területi szorzóval megemelt mértéke a 40 001–80 000 közötti lakosság számú települési önkormányzatok esetében;

c)¹⁵¹ a b) pont szerinti szorzókkal kiszámított összes díj levonása után fennmaradó keretösszegeből kerül megállapításra a 80 000 fő feletti lakosság számánál a díjazás mértéke, amely nem lehet kevesebb az alapösszeg 75 százalékánál, és nem haladhatja meg a díjazás alapösszegének *bd)* pontban meghatározott területi szorzóval növelt összegének 98 százalékát.

(4)¹⁵² Amennyiben a (3) bekezdés *ba)–bc)* pontja szerinti település esetében a háziorvosi feladatok munkaidőn kívüli ellátása központi ügyelet útján történik, az ügyeleti szolgáltatást működtető egészségügyi szolgáltató a *ba)–bb)* pont szerinti esetben 30%-kal, a *bc)* pont szerinti esetben 20%-kal megemelt ügyeleti díjra jogosult. Amennyiben a központi ügyeleti szolgáltatást működtető egészségügyi szolgáltató a sürgősségi betegellátó osztályt működtető szolgáltatóval és a mentést végző egészségügyi szolgáltatóval kötött megállapodás szerint ügyeleti időben közös diszpécser szolgálatot tart fenn, további 10%-kal megemelt ügyeleti díjazásra jogosult.

(5) Az ügyeleti ellátás díját a 6. § szerint kell kiutalni.

(6)¹⁵³ 20 százalékkal megemelt ügyeleti díj azon településekre, fővárosban azon fővárosi kerületek esetén állapítható meg, ahol az önkormányzat jegyzője igazolja, hogy a településen tartózkodó személyek száma – az igazolás kiadását megelőző egy naptári évben két hónapon keresztül folyamatosan és tartósan – a településen lakóhellyel rendelkező személyek számának legalább kétszerese.

(7)¹⁵⁴ A finanszírozás keretében az ügyeleti ellátás díjazása kizárólag az ügyeleti szolgáltatás kiadásaira használható fel.

Egyéb alapellátási feladatok finanszírozása

20. § (1)¹⁵⁵ Az orvos és védőnő által nyújtott iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás finanszírozására az OEP a Vhr. 16. §-ának (1) bekezdése szerint köt szerződést.

(2) A finanszírozási szerződés megkötéséhez a szolgáltató – az Eb. tv.-ben meghatározottakon túl – csatolja a külön jogszabály szerint az ellátás nyújtására jogosító szerződés másolatát, amely tartalmazza a nevelési, oktatási intézményben elhelyezettek, illetve tanulók létszámát.

(3)¹⁵⁶ A részmunkaidős orvossal működtetett iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat esetén az OEP – a nevelési-oktatási intézményben elhelyezettek, illetve tanulók (2) bekezdés szerinti létszáma alapján – havonta 47,8 Ft/fő összegű díjat utalványoz az orvosi feladatok ellátására a tárgyhónapot megelőző hónapban a 6. § (3) bekezdése szerint.

(4)¹⁵⁷ Az iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat orvosa által teljes munkaidőben ellátott iskola-egészségügyi feladatok díjazása az iskola-orvosi feladatokra rendelkezésre álló havi keretnek a (3) bekezdés szerinti díjazással csökkentett összege és az országosan összesen ellátandók száma alapján megállapított fejkvótával történik. A szolgáltató részére a (2) bekezdés szerinti létszám és a fejkvóta szorzatának megfelelő díjat az OEP a 6. § (3) bekezdése szerint utalványozza a tárgyhónapot megelőző hónapban.

(5)¹⁵⁸ Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat főfoglalkozású orvosa a finanszírozási alapidíj 60%-ára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben másik szakorvost foglalkoztat.

(6)¹⁵⁹ A szolgáltató az iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat által a nevelési, oktatási intézményben ellátandók létszámát – a nevelési, oktatási intézménnyel kötött megállapodás alapján – minden év október 31. napjáig, a tárgyév szeptember 30-ai állapotnak megfelelően, illetve iskolai körzethatár-módosítás esetén a szerződésmódosítás kezdeményezésével egyidejűleg írásban bejelenti az OEP-nek.

21. §¹⁶⁰ (1)¹⁶¹ Az OEP a területi védőnői ellátás finanszírozására a Vhr. 16. §-ának (3)–(4) bekezdése alapján köt szerződést.

(2)¹⁶² A területi védőnői szolgáltató által ellátott feladatok díjazásának kiszámításánál a következő pontszámokat kell figyelembe venni:

Ellátotti csoportok: Pontszáma:

várandós anya után 3

0–7 éves korú gyermek után 3

oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott tanköteles korú gyermek után 3

oktatási intézményben ellátott gyermek után 1

gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott tanuló után 2

(3)¹⁶³ A külön jogszabályban előírt, teljes vagy részmunkaidőben iskola- és ifjúság-egészségügyi feladatokat ellátó védőnővel működő iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat a 20. § (2) bekezdése szerint megadott, illetve e § (13) bekezdése szerint évente korrigált létszám figyelembevételével számított pontérték alapján részesül díjazásban. Az ellátandók közül az oktatási intézménybe járó gyermek 1 ponttal, a gyógypedagógia ellátásban közreműködő közoktatási intézménybe járó gyermek 2 ponttal vehető számításba. Az oktatási intézményekben létszámarányosan napi 8 óránál kevesebb munkaidőre is köthető finanszírozási szerződés.

(4)¹⁶⁴ A védőnői szolgáltató havi díjazásának mértéke az ellátottak száma alapján a (2)–(3) bekezdés szerint számított pontértéknek és a (10) bekezdésben meghatározott egy pontra jutó forint értéknek a szorzata alapján kerül megállapításra az (5)–(8) bekezdésben foglaltak figyelembevételével. A védőnői szolgáltató az e bekezdés szerinti havi díjazása 12%-ának megfelelő összeget köteles közvetlenül a védőnő díjazására fordítani.

(5) Az ellátandók számát és a (2) bekezdésben foglaltak alapján számolt pontszámokat figyelembe véve a területi védőnői szolgáltató legfeljebb 750 pontot, a teljes munkaidőben iskola- és ifjúság-egészségügyi védőnőt foglalkoztató iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgáltató legfeljebb 1000 pontot érhet el szolgálatonként.

(6)¹⁶⁵ Ellátási érdekből a területi védőnői szolgáltató esetén a felső határtól a külön jogszabályban foglaltak szerint el lehet térni, a szolgáltatót ez esetben is a 750 pont szerinti díj illeti meg.

(7)¹⁶⁶ Ellátási érdekből az oktatási intézmény(ek)ben ellátandó létszám a teljes munkaidőben iskola- és ifjúság-egészségügyi feladatokat ellátó védőnővel működő iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat esetében a külön jogszabályban meghatározott tanulói létszámtól eltérhet az alsó határtól 10 %-kal, a felső határtól 20 %-kal, ezen esetekben a szolgáltató az alsó határnak megfelelő 800 pont, illetve a felső határnak megfelelő 1000 pont szerinti díjra jogosult. Amennyiben a tanulói létszámtól való negatív irányú eltérés esetén a tanulók létszáma alapján számított pontszám meghaladja a 800 pontot, akkor a számított pontszámnak megfelelő finanszírozási díj kerül kifizetésre.

(8)¹⁶⁷ Ha az ellátandó tanulók minimum 60 %-a gyógypedagógiai ellátásban részesül, és a tanulói összlétszám alapján számított finanszírozott pont értéke eléri a 800 pontot, akkor a szolgálat abban az esetben is finanszírozható a (7) bekezdésben meghatározott módon, ha az ellátandó tanulói létszám nem éri el a jogszabály szerint szükséges mértéket.

(9)¹⁶⁸ Nem köthető finanszírozási szerződés új területi védőnői szolgálatra, illetve a körzethatár módosítását követően akkor, ha az ellátandók száma alapján számított pontérték városi településen nem éri el az 500, egyéb településen a 300 pontot.

(10)¹⁶⁹ Az egy pontra megállapított díj összege a védőnői ellátásra rendelkezésre álló előirányzatnak az ellátandók összesített pontszámával történő osztásával havonta kerül kiszámításra azzal, hogy az előirányzathoz előzőleg le kell vonni a (11) bekezdés szerinti díjazáshoz szükséges összeget. Az egy pontra megállapított díj összege legfeljebb 400 Ft lehet.

(11)¹⁷⁰ A területi védőnői ellátást biztosító szolgáltató az ellátandó terület sajátosságainak megfelelően havonta az alábbi fix összegű díjazásra is jogosult:

a)¹⁷¹ főváros, város: 84 000 Ft,

b)¹⁷² község: 94 000 Ft,

c)¹⁷³ csatolt község: 105 000 Ft,

d)¹⁷⁴ külterületi lakott hely: 115 000 Ft.

A finanszírozási szerződésben feltüntetett ellátási terület adottságait figyelembe véve, amennyiben az ellátandó lakosságszám legalább 15%-a a c)–d) pontban foglalt típusú települések valamelyikében lakik a védőnői ellátást biztosító szolgáltató a magasabb összegű díjazásra jogosult. A fix összegű díj 15%-a a védőnőt közvetlenül megillető területi pótlék, továbbá tartalmazza a külön jogszabály szerint az egészségfejlesztési és népegészségügyi feladatokért meghatározott 250 pont díját is. A védőnői ellátást biztosító szolgáltatót az a)–d) pontokban foglalt összegeknél 10 000 forinttal magasabb összegű fix díj illeti meg akkor, ha a védőnői körzet kiterjed a külön jogszabályban meghatározott hátrányos helyzetű településre. Amennyiben a védőnői körzet több településre terjed ki, a szolgáltató további 20 000 Ft összegű pótlékra jogosult. A havi fix díj teljes összegére a szolgáltató akkor jogosult, ha a

védőnőt teljes munkaidőben foglalkoztatja, részmunkaidőben történő foglalkoztatás esetén a díj arányos része illeti meg.

(12)¹⁷⁵ Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott területi védőnői szolgálat a (11) bekezdés szerinti fix összegű díjazás 60 százalékára jogosult. Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat a (3)–(6) bekezdésben meghatározott finanszírozási díj 60 százalékára jogosult. A díjazás folyósítása szempontjából nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgálat ellátására a szolgáltató teljes munkaidőben másik védőnőt foglalkoztat.

(13)¹⁷⁶ A szolgáltató a védőnői szolgálat által ellátandók létszámát minden év szeptember 30-ai állapotnak megfelelően október 31. napjáig, illetve körzethatár-módosítás esetén a szerződésmódosítás kezdeményezésével egyidejűleg bejelenti az OEP-nek

a) az oktatási intézményben ellátandó tanulói létszámot az oktatási intézménnyel kötött megállapodás alapján;

b)¹⁷⁷ a körzet 0–7 éves korú lakosságának számát és az oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott tanköteles korúak számát a területileg illetékes jegyző ellenjegyzése alapján;

c)¹⁷⁸ a várandós anyák számát a fővárosi és megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatalának járási (fővárosi kerületi) népegészségügyi intézetének igazolása alapján.

(14)¹⁷⁹ A szolgáltató részére az adott havi finanszírozás összegét az OEP a 6. § (3) bekezdése szerint utalványozza a tárgyhónapot megelőző hónapban.

(15)¹⁸⁰ A szolgáltató a gyermek-, illetve nőgyógyászati mozgó szakorvosi szolgálat tevékenységéről a finanszírozási szerződés szerinti adatokat, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig nyújtja be a finanszírozónak.

(16)¹⁸¹ A gyermek-, illetve nőgyógyászati mozgó szakorvosi szolgálatot működtető szolgáltatót a (15) bekezdés szerint jelentett esetek száma és az egy ellátott esetre jutó tárgyhavi összeg alapján megállapított díjazás illeti meg. Az OEP a finanszírozásra rendelkezésre álló havi keret, valamint a (15) bekezdés szerint jelentett összes esetszám alapján havonta állapítja meg az egy ellátott esetre jutó összeget.

21/A. §¹⁸² Ha a gyermekvédelmi szakellátást nyújtó, valamint sajátos nevelési igényű gyermekeket oktató-nevelő bentlakásos intézmények fenntartói együttesen kezdeményezik, hogy legalább 1000 gyermek számára az intézményekben nyújtandó egészségügyi ellátást egy egészségügyi szolgáltatóval végeztetik, – aki/amely központilag szervezi a helyszínen nyújtott gyermek-egészségügyi ellátást, – akkor a működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval erre a speciális egészségügyi ellátási feladatra a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény szerinti normatíva kiegészítéseként az OEP finanszírozási szerződést köthet. A finanszírozás a költségvetési törvény LXXII. Egészségbiztosítási fejezet Gyógyító-megelőző ellátás jogcímcsoporton belül a Védőnői ellátás, anya-, gyermek és ifjúságvédelem jogcím előirányzata terhére történik, 1000 gyermekenként 5,9 millió forint összegben havonta, az ezt meghaladó létszám esetén arányos díjazás fizetendő.

21/B. §¹⁸³ Az anyatejgyűjtő állomás finanszírozása a tárgyévi előirányzat-növekedés mértékével emelt összegű fix díjjal történik.

21/C. §¹⁸⁴ Az egészségügyi szolgáltató a speciális gyermek-egészségügyi ellátást nyújtó szolgálat által ellátandók létszámát – a sajátos nevelési igényű gyermekeket oktató-nevelő bentlakásos intézményekkel kötött megállapodás alapján – minden év szeptember 30-i állapotnak megfelelően október 31-éig, illetve változás esetén a szerződésmódosítás kezdeményezésével egyidejűleg írásban bejelenti az OEP-nek.

III.

FOGÁSZATI ELLÁTÁS

22. § (1)¹⁸⁵ Az önkormányzattal, illetve az általa területi ellátási (körzet) kötelezettséggel megbízott fogászati ellátást nyújtó szolgáltatóval az OEP finanszírozási szerződést köt.

(2) A finanszírozóval kötött – területi ellátási kötelezettség nélküli – szerződés alapján a fogászati ellátást nyújtó szolgálat működtetésének finanszírozására:

a)¹⁸⁶ a honvédelemért felelős miniszter által vezetett minisztérium, továbbá a (4) bekezdésben foglaltakon kívül az oktatásért felelős miniszter által vezetett minisztérium által fenntartott vagy a feladat ellátására szervezett, fogászati ellátást is biztosító egészségügyi szolgáltató legfeljebb 20-20 szolgálatra,

b)¹⁸⁷ a rendészetért felelős miniszter által vezetett minisztérium vagy az általa ellátandó feladat ellátására szervezett, fogászati ellátást is biztosító egészségügyi szolgáltató legfeljebb 34 szolgálatra,

c)¹⁸⁸ a közlekedésért felelős miniszter által vezetett minisztérium vagy az általa ellátandó feladat ellátására szervezett, fogászati ellátást is biztosító egészségügyi szolgáltató legfeljebb 100 szolgálatra,

d) az országos fekvőbeteg-ellátó intézetek heti 40 óra szakellátási rendelésre

jogosult.

(2a)¹⁸⁹ Az iskolai, ifjúsági fogászati szolgálat által nyújtott iskolafogászati ellátás finanszírozására az OEP a Vhr. 16. § (1) bekezdése szerint köt szerződést.

(3)¹⁹⁰ Az OEP szerződést köthet fogyatékkal élő gyermekek és felnőttek ellátására Budapesten heti 90, megyénként összességében heti 45-45 fogászati óraszámra. Ez a feladat a fogorvosi körzet működtetése mellett csökkentett fogászati óraszámban, de legalább heti 6 órában is ellátható. Az ellátást nyújtó havi alapdíjra jogosult a rendelkezésre állásra és a speciális tevékenységre tekintettel. Az alapdíj rendelkezésként – önálló szervezeti egységgel rendelkező szervezeti egységenként – heti 30 óra rendelési idő esetén 12 000 korcsoportos pontszámnak megfelelő összeg, ennél alacsonyabb heti rendelési idő esetén az összeg időarányos része.

(4)¹⁹¹ Az egyetemi képzést és továbbképzést végző intézmény havi alapdíjra jogosult a külön jogszabály szerint fogászati alap- és szakellátást (a továbbiakban: egyetemi fogászati ellátás)

nyújtó szolgálatait tevékenységéért, a progresszív ellátásra és a rendelkezésre állásra is tekintettel. Az egészségügyi szolgáltatókat legfeljebb az alábbi heti óraszámra illeti meg az alapdíj:

heti óraszám

- a)¹⁹² Semmelweis Egyetem, Budapest 1840,
- b)¹⁹³ Pécsi Tudományegyetem, Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum 360,
- c)¹⁹⁴ Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ 360,
- d)¹⁹⁵ Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum 360.
- e)¹⁹⁶

Az alapdíj rendelkezésként – önálló szervezeti egységgel rendelkező szervezeti egységeként – heti 30 óra rendelési idő esetén 11 000 korcsoportos pontszámnak megfelelő összeg, ennél alacsonyabb heti rendelési idő esetén ezen összeg időarányos része.

(5)¹⁹⁷ A (2) bekezdés szerinti területi ellátási kötelezettség nélküli fogászati alap- és szakellátást nyújtó szolgáltató szolgálatonként, illetve szakrendelésenként, heti 30 órás rendelési idő esetén 1900 pontnak megfelelő összegű havi alapdíjra jogosult. A fogászati szakellátást nyújtó szolgáltató szakrendelésenként, heti 30 órás rendelés esetén az alábbi korcsoportos pontszámnak megfelelő összegű havi alapdíjra jogosult:

- a) szájsebészeti, parodontológiai szakrendelés esetén 1900 pont,
- b) fogszabályozási, gyermekfogászati szakrendelés esetén 2300 pont,
- c) fogászati röntgen szakrendelés esetén 1900 pont.

Amennyiben a rendelési idő nem éri el a heti 30 órát, az alapdíj időarányos része illeti meg a szolgáltatót.

(6)¹⁹⁸ Alapellátási-fogászati ellátás – heti 30 óra rendelési idővel – finanszírozható, ha a területhez tartozó lakosság száma:

- a) a gyermek, ifjúsági fogászati szolgálatnál 18 évnél fiatalabb 1 500 főt,
- b) az iskolai, ifjúsági fogászati szolgálatnál 18 évnél fiatalabb, ideértve a 18. évét betöltött középiskola, szakképző iskola nappali tagozatán tanulmányokat folytató személyt is 1 500 főt,
- c) vegyes szolgálatnál 3 600 főt,
- d) felnőtt szolgálatnál 4 000 főt

eléri vagy meghaladja. A rendelési idő az ellátandó lakosok, illetve tanulók számával arányosan változik a kisebb fogorvosi szolgálat esetén. Finanszírozási szerződés a legalább heti 6 óra rendelési időben működtetett fogászati szolgálatra köthető. Nem köthető új

fogászati alapellátási szolgálatra finanszírozási szerződés, ha az új szolgálat létesítése következtében az ellátással érintett település területén lévő finanszírozott szolgálatra jutó lakosságszám felnőtt szolgálat esetén 4000, vegyes szolgálat esetén 3600, gyermekszolgálat esetén 1500 fő alá csökken.

(7)¹⁹⁹ Fogászati alapellátás körébe tartozó sürgősségi ellátásra a 23. § (3) bekezdése szerinti feltételekkel

a) a fővárosban legfeljebb hat,

b) a 20 000 főt meghaladó lakosságszámú településeken legfeljebb egy,

c) a b) pont alá nem tartozó települések bármilyen jellegű bevonásával 20 000 főt meghaladó lakosságszám esetén legfeljebb egy,

valamint az e rendelet hatálybalépésekor is működő ügyeleti szolgálatra köthető finanszírozási szerződés.

(8)²⁰⁰ A területi ellátási kötelezettség nélkül működő fogászati alapellátást nyújtó szolgáltató és a fogászati szakellátást nyújtó szolgáltató – ideértve az egyetemi alap- és szakellátást nyújtó szolgáltatót is – abban az esetben jogosult a (4) és (5) bekezdés szerinti alapidíjra, ha a tárgyhónapban a díjazással érintett szolgálat, illetve szakrendelés szolgáltatást nyújtott.

23. § (1)²⁰¹ A fogászati alapellátásban a fogorvosi szolgálat a területi kötelezettség szerint a szolgálathoz tartozó – és a szerződésben megállapított – lakosok számától függően a korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján havi alapidíjas finanszírozásban részesül. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 44,2 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó

a)²⁰² gyermek, iskolai, ifjúsági szolgálat esetén 0–18 éves korig, ideértve a 22. § (6) bekezdésének b) pontja szerinti személyeket is 4,6

b)²⁰³ vegyes szolgálat esetén

0–18 éves korig 3,0

19–62 éves korig 1,0

62 éves kor felett 2,4

c)²⁰⁴ felnőtt szolgálat esetén

19–62 éves korig 1,0

62 éves kor felett 2,4

(2)²⁰⁵ A fogászati alapellátási körzet lakosságszámát az előző év december 31-ei állapotnak megfelelően a település jegyzője igazolja az OEP számára minden év március 31-éig, illetve a körzethatár-módosítás miatt kezdeményezett szerződésmódosítással egyidejűleg.

(2a)²⁰⁶ A fogorvosi szolgáltató az iskolai, ifjúsági szolgálat által a nevelési, oktatási intézményben ellátandók létszámát – a nevelési, oktatási intézménnyel kötött megállapodás alapján – minden év október 31. napjáig, a tárgyév szeptember 30-ai állapotnak megfelelően, illetve iskolai körzethatár-módosítás esetén a szerződésmódosítás kezdeményezésével egyidejűleg írásban bejelenti az OEP-nek.

(3)²⁰⁷ A fogászati ügyelet alapdíja:

a)²⁰⁸ 50 000 fő alatti lakosságszám esetében, folyamatos elérhetőség biztosításával, minimum napi 4 óra helyszíni tartózkodással 399 000 Ft/hó,

b)²⁰⁹ 50 001–100 000 fő közötti lakosságszám esetében, folyamatos elérhetőség biztosításával, minimum napi 6 óra helyszíni tartózkodással 450 000 Ft/hó,

c)²¹⁰ 100 000 fő feletti lakosságszám esetében, folyamatos elérhetőség biztosításával, minimum napi 6 óra helyszíni tartózkodással 530 000 Ft/hó,

d) kizárólag munkaszüneti napokon, heti pihenőnapokon, valamint ünnepnapokon az a)–c) pontban foglalt folyamatos elérhetőséggel és az előírt helyszíni tartózkodással biztosított fogászati ügyeleti ellátás esetében az a)–c) pont szerinti összeg 50%-a.

(4)²¹¹ Az OEP-pel kötött finanszírozási szerződés alapján havi 1,415 millió forint sürgősségi rendelkezésre állási díj illeti meg azt a fogászati ügyeleti ellátást végző szolgáltatót, aki – legalább 500 000 fő feletti lakosságszámú településen – napi 24 órában a folyamatos fogászati ellátást biztosítja.

(5)²¹² Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott alapellátást nyújtó területi ellátási kötelezettségű fogorvosi szolgálatok esetén a szolgáltató az alapdíj 60 százalékára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben másik fogorvost foglalkoztat.

(6)²¹³ A korcsoportonkénti szorzóval számított korcsoportos-pontszám 6000 pont felett degresszió alá esik. A degresszió számítási módját a 3. számú melléklet C) pontjának megfelelően kell alkalmazni. A degresszió számításánál az adott fogorvos által területi kötelezettséggel ellátandó valamennyi lakost figyelembe kell venni függetlenül attól, hogy ellátásukra egy vagy több körzetben kerül sor. Az így számított pontértéket a körzetek pontszámának arányában kell figyelembe venni.

(7)²¹⁴ A fogászati alapellátást és szakellátást nyújtó szolgáltató a nyújtott ellátások teljesítménypontszáma alapján teljesítményarányos díjazásra jogosult.

(8)²¹⁵ A teljesítmény rögzítése a napi betegforgalmi nyilvántartás kitöltésével történik a 6/B. számú mellékletnek megfelelően azzal az eltéréssel, hogy a fogászati alapellátás és ügyelet igénybeviteléhez a beküldő kódszámának feltüntetése nem szükséges.

(9)²¹⁶ Teljesítményként az adott rendelésen nyújtott, az R. 12. számú mellékletében önálló elszámolási tételként meghatározott ellátásokhoz tartozó pontértéket a feltüntetett minimumidők figyelembevételével lehet elszámolni, amennyiben az megfelel a fogászati ellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak.

A minimumidő azt az időtartamot jelenti, amelynél kevesebbet a szolgáltató nem fordíthat az adott beavatkozás elvégzésére.

(10)²¹⁷ Nem számolhatók el az adott fogászati alapellátást és szakellátást nyújtó szolgáltató szolgálatának, illetve szakrendelésének tárgyhavi teljesítményéből a havi maximális teljesítményértéket meghaladó pontértékek. A havi maximális teljesítményérték az adott szolgálat, illetve szakrendelés által jelentett összteljesítményből a havi rendelési idő és a minimumidők alapján meghatározott teljesítmény szerint, időarányosan kerül megállapításra. A havi rendelési idő a finanszírozási szerződésben rögzített heti rendelési idők éves összesítése alapján, az egy hónapra jutó átlagból kerül meghatározásra.

(11)²¹⁸ Amennyiben a biztosított esetében egy fogorvosi szolgálat, illetve szakrendelés egy napon több beavatkozást végez, a legmagasabb minimumidejű beavatkozáson kívüli beavatkozások minimumideje 10%-kal csökkentve kerül figyelembevételre a (9) és (10) bekezdés alkalmazásánál.

(12)²¹⁹ Az egyetemre szakképzésre bejelentkezett szakfogorvos-jelölt az egyetem által szakképzésre kijelölt fogorvosi szolgálatban, illetve szakrendelésen történő alkalmazása esetén a havi teljesítmény-elszámolás jelötenként 50%-kal növelt havi rendelési idő figyelembevételével történik. Szolgálatonként, illetve szakrendelésenként legfeljebb két szakfogorvos-jelölt vehető figyelembe azzal, hogy egy jelölt egyidejűleg egy szolgálatban, illetve szakrendelésen, annak teljes rendelési idejében, a praxist ellátó fogszakorvos felügyeletével folytathat elszámolható tevékenységet. A növelt rendelési idő első alkalommal a szakfogorvos-jelölt alkalmazásának finanszírozóhoz történő bejelentését követő hónap teljesítményének elszámolásakor vehető figyelembe. A szakfogorvos-jelölt után az adott szakképzésre jelentkezést követően – az egyetem igazolása alapján – legfeljebb 48 hónapig lehet a növelt rendelési időt figyelembe venni.

24. § (1)²²⁰ A finanszírozó által finanszírozott fogászati alapellátási szolgálatok a területükhöz tartozó lakosok részére – a külön jogszabály előírásai szerint – kötelesek fogászati szűrővizsgálatot végezni a szakmai előírásoknak megfelelően, és arról igazolást adni.

(2)²²¹ A finanszírozó által finanszírozott fogorvosi szolgálat a rendelésén ellátott területen kívül lakó biztosított részére is térítésmentesen köteles nyújtani az Eb. tv. 12. §-ában meghatározott fogászati szolgáltatásokat.

(3)²²²

25. § (1)²²³ A rendelések teljesítményéről a fogászati szolgáltató a 4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. Az OEP a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidj, valamint a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj.

(2)²²⁴

(3) Az OEP egy teljesítménypont forintértékét az éves költségvetésben rendelkezésre álló keret alapján a 23. § (1)–(5) bekezdések, valamint a (2) bekezdés szerinti kifizetések levonása után havonta állapítja meg az országos teljesítmények figyelembevételével. A Pénztár a teljesítménypontok havi forintértékéről az elszámolással egyidejűleg tájékoztatást ad.

(4)²²⁵ Új fogászati alapellátási szolgálatot az alapidíj a szerződéskötés kezdőpontjától illeti meg, melynek utalványozása a 6. § (3) bekezdése szerint történik.

IV.

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKELLÁTÁS

Általános szabályok

26. § (1)²²⁶ A szolgáltató az egészségügyi szakellátási tevékenysége után az E. Alapból akkor jogosult térítésre, ha

a) az Eb. tv. rendelkezése szerint térítésmentes, illetve részleges térítéssel ellátást nyújt, és

b)²²⁷ a 4. § (4) bekezdésében foglalt kivétellel a biztosított TAJ- számát, és a részére nyújtott ellátást a beteg dokumentációjában rögzítette.

(2)²²⁸ A szolgáltató csak olyan teljesítményt jelenthet elszámolásra, amelynek teljesítése az érvényes szakmai szabályok szerint megtörtént, és amelyre az ellátást igénybe vevő egészségének megőrzése, helyreállítása érdekében volt szükség.

(3)²²⁹ Amennyiben a teljesített szolgáltatás jelentésére finanszírozási eljárásrend van érvényben, a szolgáltató a teljesítmény-jelentése során ennek alapján jelentheti a teljesítményét.

(4)²³⁰ A szolgáltató nem számolhatja el a finanszírozó felé a biztosított által ártámogatással igénybe vett gyógyászati ellátást

a) járóbeteg-szakellátási teljesítményként,

b) otthoni szakápolási teljesítményként,

c) ha azt a biztosított fekvőbeteg-intézményben veszi igénybe, a felvételtől az elbocsátás napjáig.

(4a)²³¹ Nem számolható el teljesítmény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Eftv. vhr.) 5/B. §-a szerinti nyilvántartásban szüneteltetett kapacitásként nyilvántartott kapacitás alapján.

(5)²³² A teljesítményfinanszírozás során használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek – az OEP bevonásával történő – folyamatos karbantartásáról, az ehhez szükséges adatok körének meghatározásáról és a változtatások szabályozásáról az egészségügyért felelős miniszter rendeletben gondoskodik.

(6)²³³ Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az OEP által biztosított program felhasználásával folyamatosan köteles elektronikus úton (on-line) jelenteni az OEP számára a rendelkezésére álló finanszírozott ágyak státuszát. Az aktív ágy a jelentés szempontjából foglalt, előfoglalt és szabad besorolásúnak minősülhet. Az OEP a

szabad ágyakról folyamatosan on-line tájékoztatja az Országos Mentőszolgálat irányító központját a sürgősségi betegelhelyezés zavartalan biztosítása érdekében.

26/A. §²³⁴ (1) A biztosítottak részére nyújtott, az Eb. tv. 18. § (6) bekezdés *l)* pontjában meghatározott ellátásokat az egészségügyi szolgáltató a 4. § (1) és (2) bekezdése szerint jelenti.

(2) Az (1) bekezdés szerinti beavatkozások nem számolhatók el a 4. § (3) bekezdése szerinti finanszírozott tevékenységként.

(3)²³⁵ Az egészségügyi szolgáltató által az orvosbiológiai kutatásokról vezetett nyilvántartás a 26. számú melléklet szerinti adatokat tartalmazza. A szolgáltató a 26. számú melléklet szerinti adatokat az adott orvosbiológiai kutatáshoz kapcsolódóan elvégzett utolsó beavatkozás hónapját követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak.

(4)²³⁶

27. §²³⁷ (1) A finanszírozási szerződésben meghatározható a szolgáltató által nyújtható szolgáltatások köre, a szolgáltatásvolumen, a teljesítményvolumen, a teljesítés időbeli ütemezése és a többletteljesítmény elszámolásának feltételei és mértéke.

(2)²³⁸ A teljesítményvolumen keretet (a továbbiakban: TVK) a járóbeteg-szakellátásra – ideértve a 32. § szerinti CT, MRI vizsgálatokat is – és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan éves szinten, valamint időarányosan – az ellátási igények változásának figyelembevételével – havi bontásban kell meghatározni. A tárgydőszakra vonatkozó TVK havi bontását a 28. számú melléklet tartalmazza az egyes ellátási formákra meghatározott tárgydőszakra vonatkozó országos szezonális index alapján. A tárgydőszakra vonatkozó TVK havi bontása a szolgáltató által megadott szezonális index alapján történik, azzal, hogy az egyes hónapra vonatkozó szezonális index nem haladhatja meg a havi országos szezonális index 20 százalékkal növelt vagy csökkentett mértékét, és a tizenkét havi összes százalékos index összege nem térhet el a 100 százaléktól. A szolgáltató a szezonális indexet évente egy alkalommal, a finanszírozónak a tárgydőszakra vonatkozó TVK értékéről szóló értesítése kézhezvételétől számított 15 napon belül határozhatja meg. Amennyiben a szolgáltató nem határozza meg a szezonális indexét, a TVK havi bontása a 28. számú mellékletben az egyes ellátási formákra meghatározott tárgydőszakra vonatkozó országos szezonális index figyelembevételével történik.

(3)²³⁹ A (2) bekezdés szerinti TVK megállapításának alapját a járóbeteg-szakellátás (ideértve a CT/MRI vizsgálatokat is) esetében a (10) bekezdés és a 67. § alapján a 2012. november hónapra megállapított TVK tizenkétszerese képezi.

(3a)²⁴⁰ Az aktív fekvőbeteg-szakellátás esetében a (2) bekezdés szerinti TVK mennyiségét az egyes egészségügyi szolgáltatók vonatkozásában a 28/A. számú melléklet határozza meg.

(3b)²⁴¹ A járóbeteg-szakellátást speciális ellátotti kör részére nyújtó, az Eftv. vhr. 5/A. § (2) bekezdés *a), c), d)* és *f)* pontja szerinti egészségügyi szolgáltató (3) bekezdés alapján megállapított TVK-ját növelni kell a részére megállapított TVK arányában a 28. számú melléklet 1. pont 1.2. alpontjában meghatározott TVK keretből.

(3c)²⁴² A 29. § e) pontja szerinti egészségügyi szolgáltató (3) bekezdés alapján megállapított TVK-ját növelni kell az általa a 2012. finanszírozási évben a finanszírozónak lejelentett és elfogadott gondozóintézeti, illetve gondozást végző részlegeinek teljesítménye arányában a 28. számú melléklet 1. pont 1.3. alpontjában meghatározott TVK keretből, amely TVK kizárólag a gondozóintézeti, illetve gondozást végző részlegek teljesítményeire számolható el.

(3d)²⁴³

(3e)²⁴⁴

(4)²⁴⁵ A 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok esetében az országos teljesítményvolumen a laboratóriumi ellátás 5. számú melléklet szerinti előirányzat szolgáltatásvolumen szerződés alapján történő finanszírozás fedezetével csökkentett összegének 70 százaléka alapján meghatározott mennyiség. Orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók részére a tárgyidőszakra vonatkozó TVK az országos teljesítményvolumen terhére a (10) bekezdés és a 67. § szerint a 2012. november hónapra megállapított TVK arányában kerül megállapításra.

(4a)²⁴⁶ A (2) bekezdés szerinti TVK megállapításának alapját az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Eftv.) szerinti, fejlesztéssel összefüggő többletkapacitás-befogadás alapján finanszírozásba lépett szakellátási szolgáltatások esetében minimálisan a mindenkor országos átlagteljesítmény képezi, amennyiben a (3) bekezdés szerinti TVK nem állapítható meg, vagy attól volumenében elmarad.

(5) A tárgyidőszakra vonatkozó TVK megállapítása a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó,

a) a népegészségügyi program keretében külön jogszabály szerint végzett 42400 kódszámú mammográfiás szűrés és a 42700 kódszámú nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat,

b) a külön jogszabály szerinti újszülöttkori öröklődő anyagcsere-betegségek szűrése,

c) az R.-ben meghatározott 29700 kódszámú boncolás teljes belszervi vizsgálat, a 29703 kódszámú boncolás problémaorientált, részleges belszervi vizsgálatokkal, a 29704 kódszámú boncolás mellőzésekor végzett tevékenység és a 29790 kódszámú boncolás utáni szövettani vizsgálat tevékenységek,

d) a szolgáltatásvolumenre kötött szerződés szerint finanszírozott ellátások, és

e) a 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok kivételével történik.

(6)²⁴⁷ Az orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok esetében a TVK megállapítása az R. 2. számú mellékletében külön jelzéssel ellátott molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott keret mértékéig kötött szolgáltatásvolumen szerződés alapján finanszírozott ellátások kivételével történik. A molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra szerződött szolgáltatók részére a tárgyévre vonatkozó szolgáltatásvolumen keret az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott országos keret terhére a szolgáltató vagy jogelődje által a tárgyévet megelőző finanszírozási évre

vonatkozóan jelentett és elszámolható, a finanszírozásra vonatkozó szabályok változásának teljesítményre gyakorolt hatásával korrigált teljesítmény mennyiség arányában kerül megállapításra.

(7) A tárgyidőszakra vonatkozó TVK megállapítása a finanszírozási szempontból aktív fekvőbeteg-szakellátásnak minősülő

a) szülés mint esemény,

b) ²⁴⁸ újszülöttek első ellátási eseményéért járó súlyszám érték azon része, amely a komplikációmentes 2499 g születési súly feletti újszülött ellátásáért elszámolható, ideértve az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátás keretében végzett, az újszülött 0–4 napos korban történő életkorhoz kötött szűrővizsgálatait is,

c) boncolás, és

d) szolgáltatásvolumenre kötött szerződés szerint finanszírozott ellátások,

e) ²⁴⁹ 05P 2081 AMI PCI-vel (egy vagy több stenttel) * homogén betegségcsoport(ok) (a továbbiakban: HBCs),

f) ²⁵⁰ 05P 2082 AMI PCI-vel, stent nélkül *HBCs,

g) ²⁵¹ 01M 015D Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA), praecerebralis érelzáródással, rtPA kezeléssel *HBCs

kivételével történik.

(8) A tárgyidőszakra megállapított TVK-t a tárgyidőszak szerinti hónapokra vonatkozóan jelentett szolgáltatói teljesítmények elszámolásában kell alkalmazni.

(9) ²⁵² A (9a) bekezdésben meghatározott eset kivételével a fenntartó kezdeményezheti a finanszírozónál a saját fenntartásában lévő egészségügyi szolgáltatók közötti TVK átcsoportosítást.

(9a) ²⁵³ Abban az esetben, ha a (9) bekezdés szerinti átcsoportosítással érintett, állami tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatók tekintetében a fenntartói jogokat nem ugyanaz a szerv gyakorolja, az állami tulajdonban lévő szolgáltatók közötti TVK átcsoportosítást az egészségügyért felelős miniszter kezdeményezheti. Amennyiben az átcsoportosítással érintett egészségügyi szolgáltatók valamelyikének tekintetében a fenntartói jogokat egy másik miniszter gyakorolja, az állami tulajdonban lévő szolgáltatók közötti TVK átcsoportosítást az egészségügyért felelős miniszter és a fenntartói jogot gyakorló miniszter közösen kezdeményezheti.

(10) ²⁵⁴ Az új finanszírozási évre vonatkozó TVK megállapításáig – átmenetileg – a járóbeteg-szakellátás (ideértve a CT/MRI vizsgálatokat is), az orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok, valamint az aktív fekvőbeteg-szakellátás tekintetében a szolgáltató részére a finanszírozási évet követő hónapokra vonatkozó havi TVK-kat a számára az új finanszírozási évet megelőző finanszírozási év utolsó hónapjára meghatározott,

miniszteri tartalék terhére biztosított növekmény nélküli TVK (e bekezdés alkalmazásában a továbbiakban: átmeneti TVK alap) alapján kell megállapítani. A finanszírozási évet követő hónapokra vonatkozó havi TVK-k meghatározásánál az átmeneti TVK alapot úgy kell korrigálni, mintha az adott hónapra vonatkozó szezonális index egytizenketted lett volna.

27/A. §²⁵⁵ (1)²⁵⁶ A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:

a)²⁵⁷ az Eftv. és az Eftv.vhr. alapján engedélyezett, ellátási forma megváltozásával járó kapacitásátcsoportosítás esetén az egy kapacitásegységre jutó szakma szerinti országos átlag figyelembevételével,

b) az Eftv. alapján történt többletkapacitás befogadás esetén, kivéve a TVK terhére történt többletkapacitás befogadást,

c)²⁵⁸ az egészségügyi államigazgatási szerv által megállapított feladatváltozás esetén,

d)²⁵⁹ az ellátási terület Eftv. alapján történő módosításával, kivéve, ha a felek az Eftv. 5/B. § (2) bekezdés a) pontja szerinti közös kérelmükben úgy rendelkeznek, hogy a TVK ne kerüljön módosításra, illetve ha az a b) pont alapján az ellátási területet átvevő fél számára már megállapításra vagy elvonásra került,

e) a finanszírozásra vonatkozó szabályok változásának teljesítményre gyakorolt hatásával, kivéve, ha jogszabály másként rendelkezik,

f)²⁶⁰

g)²⁶¹ az egészségügyért felelős miniszter jóváhagyása alapján a kihasználatlan TVK növekmény szolgáltatók közötti átcsoportosításával, valamint a folyamatos ellátás biztosítására, vagy egyéb ellátási érdekből engedélyezett TVK növekménnyel,

h)²⁶² az Eftv. 2. § (3) bekezdése szerinti megállapodás, illetve szerződéskötés esetén,

i)²⁶³

(2)²⁶⁴ Az aktív fekvőbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás krónikus fekvőbeteg-szakellátásra történő átcsoportosítása esetén az aktív fekvőbeteg-szakellátási TVK-t az átcsoportosított kapacitásra jutó TVK 50%-ával kell csökkenteni, és a TVK másik 50%-a szerinti finanszírozási összegnek megfelelő mértékben növelni kell a krónikus fekvőbeteg-szakellátás 5. számú melléklet szerinti előirányzatát.

(3)²⁶⁵ Aktív fekvőbeteg-szakellátásra, illetve járóbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás járóbeteg-szakellátás keretében végezhető egynapos ellátásra történő átcsoportosítása esetén az átcsoportosításra kerülő kapacitásra jutó TVK-val kell csökkenteni a szolgáltató aktív fekvőbeteg-szakellátási, illetve járóbeteg-szakellátási TVK-ját.

(3a)²⁶⁶ Az Eftv. 14. § (8) bekezdése szerinti tartalékkapacitásból létrehozott nappali ellátás esetében egy beteglétszám/naphoz az egy aktív fekvőbeteg ágyra jutó, egy napra eső országos átlagos teljesítmény legalább 10%-ának és legfeljebb 50%-ának megfelelő teljesítményvolumen rendelhető.

(4)²⁶⁷ Az (1) bekezdés *b)* pontja szerinti, valamint az Eftv. 14. § (8) bekezdése szerinti TVK módosítást igénylő kapacitásváltozás esetén annak módosítása az egy kapacitásegységre jutó szakma szerinti országos átlag alapján történik. Amennyiben a szolgáltató az adott szakmában már rendelkezett kapacitással, a TVK módosításánál a változással érintett szakma szerinti TVK egy kapacitásegységre jutó mennyiségét kell figyelembe venni, ha az az országos átlagot meghaladja.

(4a)²⁶⁸ TVK módosítást igénylő feladatváltozás esetén a finanszírozó a feladatra jutó TVK-t az egészségügyi államigazgatási szerv által engedélyezett szolgáltatásoknak a feladatváltozással érintett ellátási terület lakossága által a módosítás évét megelőző finanszírozási évben történt igénybevétele alapján állapítja meg, és csoportosítja át a feladatváltozással érintett szolgáltatók között.

(5)²⁶⁹ Az (1) bekezdés *h)* pontja szerinti TVK módosítás a megállapodó, illetve szerződő felek erre vonatkozó külön megállapodása szerint történik. Külön megállapodás hiányában a feladatváltozással érintett szolgáltatók TVK-ját a finanszírozó a megállapodás, illetve szerződés szerinti feladatra jutó TVK mértékével módosítja. Ha az (1) bekezdés szerinti feladatváltozáshoz az egészségügyi államigazgatási szerv döntése szükséges, az egészségügyi államigazgatási szervnek a feladatváltozással érintett valamennyi egészségügyi szolgáltatóra vonatkozó döntése alapján, a feladatra jutó TVK mértékével kell módosítani, illetve megállapítani a feladatváltozással érintett szolgáltatók TVK-ját.

(6)²⁷⁰ Amennyiben az ellátási terület változása TVK módosítást igényel, a TVK átcsoportosítás az egészségügyi államigazgatási szervnek az ellátási terület változásával érintett valamennyi egészségügyi szolgáltatóra vonatkozó döntése alapján, a szolgáltatásoknak a változással érintett ellátási terület lakosai általi igénybevétele szerinti bázisteljesítmény arányában történik.

(7)²⁷¹ Amennyiben a szolgáltató személyi, illetve tárgyi feltételek hiányában átmenetileg nem tudja teljesíteni a szerződésben vállalt ellátási kötelezettségét, a szolgáltató fenntartója a szolgáltatás nyújtását átmenetileg teljesítő szolgáltató fenntartójával megállapodik a TVK átmeneti átcsoportosításában, illetve rendelkezik a saját fenntartásában lévő intézmények közötti átcsoportosításáról. Megállapodás, illetve fenntartói rendelkezés hiányában a finanszírozó a szerződésben vállalt ellátási kötelezettség teljesítésének elmaradásával érintett feladatra jutó TVK-t átcsoportosítja.

(8)²⁷² Amennyiben váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkezett ellátási szükséglet többletkapacitás-bevonási igény nélküli teljesítményvolumen-növekedéssel jár, az egészségügyért felelős miniszter az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével, az illetékes megyei tisztifőorvos kérelme alapján a 28. számú melléklet szerinti tartalék terhére engedélyezheti az ennek megfelelő, országos alapidjával történő díjazás kifizetését. Amennyiben a tartalékban meghatározott forrás túllépése szükséges, az egészségügyért felelős miniszter döntéséhez az államháztartásért felelős miniszter hozzájárulása szükséges.

27/B. §²⁷³ (1) A szolgáltató a TVK felhasználása során a szerződés szerinti ellátási kötelezettségeit az *a)–e)* pont szerint meghatározott prioritási sorrend figyelembevételével köteles teljesíteni:

a) a működési engedélye szerinti szakmai kompetencia (a továbbiakban: szakmai kompetencia) körébe tartozó sürgősségi ellátások,

b) szakmai kompetencia és az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettség körébe tartozó progresszív ellátások,

c) szakmai kompetencia és az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettség körébe tartozó nem progresszív ellátások,

d) szakmai kompetencia körébe tartozó, az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettséget meghaladó progresszív ellátások,

e) szakmai kompetencia körébe tartozó, az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettséget meghaladó nem progresszív ellátások.

(2) Az R. 9. számú mellékletében meghatározott, a járóbeteg-szakellátás keretében végezhető egynapos sebészeti beavatkozásokat a járóbeteg-szakellátást is végző fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató jelentheti a járóbeteg-szakellátására megállapított TVK terhére, amennyiben megfelel a külön jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek. Az OEP a szolgáltató által jelentett beavatkozásokat a szerződésben rögzített minőségbiztosítási feltételek teljesítése mellett, a szerződésben elkülönített teljesítményvolumen mértékéig számolja el.

(3)²⁷⁴ A járóbeteg-szakellátást is végző aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató teljesítményvolumene – az együttes kezelhetőség érdekében – értékarányosan súlyszámban vagy pontszámban is meghatározható. A havi elszámolás során azonban ez az aktív fekvőbeteg-szakellátásban az elszámolható teljesítménymennyiség növekedését nem eredményezheti.

28. §²⁷⁵ (1)²⁷⁶ Az OEP havonta legfeljebb a tárgyidőszakra megállapított TVK-nak a tárgyhónapig számolt, havi bontás szerinti időarányos része és a tárgyhónapot megelőző hónapig felhasznált TVK közötti különbözetnek megfelelő mértékű teljesítményt számol el a teljesítményegység 6. § (2) bekezdés b) pontja szerinti forintértékkel (a továbbiakban: alapdíj).

(1a)²⁷⁷ Amennyiben a szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható járóbeteg-szakellátási teljesítménye – ide nem értve a 27. § (5) bekezdés a)–d) pontja szerinti teljesítményt – meghaladja az (1) bekezdés szerint elszámolt teljesítmény mértékét, a többletteljesítményt az OEP

a)²⁷⁸ 8 százalékgig 20 százalékos,

b)²⁷⁹

alapdíjjal számolja el.

(1b)²⁸⁰ Amennyiben a szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható aktív fekvőbeteg-szakellátási teljesítménye – ide nem értve a 27. § (7) bekezdése szerinti teljesítményt – meghaladja az (1) bekezdés szerint elszámolt teljesítményt, az OEP legfeljebb 4 százalék többletteljesítményt az alapdíj 25 százalékaival számolja el.

(2)²⁸¹ A 27. § (5) bekezdés a)–d) pontja szerinti járóbeteg-szakellátási és (7) bekezdése szerinti aktív fekvőbeteg-szakellátási szolgáltatások, valamint a szolgáltatásvolumenre kötött

szerződés szerinti szolgáltatások teljesítményének elszámolása a teljesítményegység 6. § (2) bekezdés b) pontja szerinti forintértékkel történik.

(3)²⁸² A 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok esetében a szolgáltató a tárgyhavi TVK-t meghaladó teljesítménye után a laboratóriumi ellátás 5. számú melléklet szerinti előirányzat alapján megállapított tárgyhavi finanszírozási keretnek még fel nem használt összege, és a TVK-t meghaladó országos teljesítmények hányadosa szerinti forintértékkel számolt díjazásra jogosult.

(4)²⁸³ A szolgáltatónak a teljesítménye utáni díjazás összegét az OEP kiszámítja, és a jelentés leadásának hónapjában utalványozza.

(5)²⁸⁴ A teljesítményvolumen alapján finanszírozott ellátások esetében a jogalap nélkül igénybevevett finanszírozást a teljesítményegység teljesítés szerinti hónapra érvényes szolgáltatói átlagértéke szerint kell visszatéríteni.

28/A. §²⁸⁵ (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás területén a külön jogszabályban meghatározott sürgősségi ellátási szinteknek megfelelő szolgáltatást nyújtó, vagy a traumatológiai ellátás területén 24 órás, folyamatos betegfelvételt biztosító szolgáltató abban az esetben jogosult az R.-ben meghatározott havi fix összegű díjra, ha

a) a gyógyintézetben intenzív osztály és legalább 3 további szakmában szervezett aktív fekvőbeteg osztály működik, ideértve a mátrix szervezetben működő gyógyintézeteket is,

b) a működési engedély szerinti szakmákban a sürgősségi betegellátás folyamatos biztosításához szükséges személyi és tárgyi feltételekkel rendelkezik,

c) a tárgyhónapban a díjazással érintett szervezeti egység jogszabályban előírt sürgősségi betegellátást végez.

A díjazás fedezetére az 5. számú melléklet szerinti összevont szakellátás előirányzata szolgál.

(2) Az (1) bekezdésben foglalt feltételeket – a b) és c) pontban foglaltak kivételével – nem kell alkalmazni a speciális sürgősségi centrumok esetében.

(3)²⁸⁶ Az egészségügyi szolgáltató a 2012. december 31-ét követő intézményi integrációt megelőzően önálló egészségügyi szolgáltatóként működő telephelye után is jogosult az R. 16. számú melléklete szerinti díjazásra, ha a telephely esetében az (1)–(2) bekezdésben meghatározott feltételek fennállnak, és a díjazásra a telephely

a) az integrációt megelőzően jogosult volt, vagy

b) az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény végrehajtásáról szóló kormányrendelet szerinti előzetes vagy egyszerűsített többletkapacitás-befogadási eljárás keretében válik jogosulttá.

28/B. §²⁸⁷ (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás területén arc-, állcsont-szájsebészet szakmában ellátást nyújtó szolgáltató

a) III. progresszivitási szintű arc-, állcsont-szájsebészeti osztálya 1 000 000 Ft,

b) II. progresszivitási szintű arc-, állcsont-szájsebészeti osztálya 500 000 Ft

havi fix összegű díjra jogosult azzal, hogy a díjazás nem növelhető több, azonos ellátási formába tartozó szervezeti egység működtetése esetén.

(2) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás területén

a) a 4000 kardiológia szakma II. és III. progresszivitási szintjén,

b) a 0900 neurológia szakma II. és III. progresszivitási szintjén,

c) a 0901 stroke ellátás II. progresszivitási szintjén,

d) az 1900 tüdőgyógyászat szakma III. progresszivitási szintjén

szakmaspecifikus őrzőt működtető egészségügyi szolgáltató 300 000 Ft havi fix összegű díjra jogosult szakmánként azzal, hogy a díjazás nem növelhető több, azonos szakmához tartozó őrző működtetése esetén.

(2a)²⁸⁸ Az egészségügyi szolgáltató a 2012. december 31-ét követő intézményi integrációt megelőzően önálló egészségügyi szolgáltatóként működő telephelye után is jogosult az (1) és a (2) bekezdés szerinti díjazásra, ha arra a telephely az integrációt megelőzően jogosult volt.

(3) Az (1) és (2) bekezdés szerinti díjazás fedezetére az 5. számú melléklet szerinti összevont szakellátás előirányzata szolgál.

Járóbeteg-szakellátás finanszírozása

29. § A járóbeteg-szakellátás finanszírozási szerződésében az – Eb. tv.-ben, valamint a Vhr.-ben foglaltakon túl – meg kell határozni:

a)²⁸⁹ a járóbeteg-szakellátást nyújtó rendelési helyeket és a lekötött heti szakrendelési óraszámot, valamint a teljesítmény mennyiségét befolyásoló egyéb kapacitás adatokat;

b)²⁹⁰ az egyes rendelések által végezhető szakmákat, szaktevékenységeket;

c) a rendelések azonosítására alkalmas kódszámait;

d)²⁹¹ a gondozóintézetek által végezhető szakmákat, szaktevékenységeket és heti óraszámokat;

e)²⁹² a nemibeteg-, a tüdőgondozókat (ideértve az ernyőképszűrést is), valamint az onkológiai, a pszichiátriai, az alkoholológiai és drogbetegek gondozását végző elkülönített részlegeket, továbbá ezek kódszámát;

f)²⁹³

g)²⁹⁴ a finanszírozó által nem finanszírozott, adott telephelyen működő rendeléseket;

h)²⁹⁵ a teljesítmény mennyiségét és a teljesítés időbeli ütemezését.

29/A. §²⁹⁶ (1)²⁹⁷ Az R. 2. számú melléklete szerinti, laboratóriumi szakmai besorolású szervezeti egységek által végzett orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok, valamint a mintaszállítás – ide nem értve a mintavételt – teljesítménydíjazása az 5. mellékletben e feladatra meghatározott előírányzat terhére történik.

(2)²⁹⁸

(3)²⁹⁹

29/B. §³⁰⁰

30. § (1)³⁰¹ A teljesítmények rögzítése a rendelési helyeken, a gondozást végző részlegeken és a szakambulanciákon a napi betegforgalmi nyilvántartás kitöltésével történik, amelynek alapján az egészségügyi szolgáltató megküldi a finanszírozónak az elszámoláshoz a 6/A. számú melléklet szerinti teljesítményjelentést. A teljesítményjelentésnek tartalmazni kell a (4) bekezdés szerinti fekvőbeteg osztályon kezelés alatt álló, valamint a fekvőbeteg-gyógyintézetből elbocsátott beteg részére nyújtott, járóbeteg-szakellátási teljesítményként nem elszámolható ellátást is.

(2)³⁰² Teljesítményként az R. 2. számú mellékletében önálló elszámolási tételként meghatározott ellátáshoz tartozó pontértéket lehet elszámolni, ha az ellátás megfelel a 4. §

(3)–(4) bekezdéseiben, valamint a 26. §-ban és a finanszírozási szerződésben foglalt feltételeknek, továbbá az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról szóló miniszteri rendeleti szabályokban foglaltaknak.

(3)³⁰³ A gondozóintézetek, valamint a gondozást végző részlegek a 6/A. melléklet szerinti napi betegforgalmi adatokat kötelesek szolgáltatni. Az adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig kell megküldeni a finanszírozónak.

(4)³⁰⁴ Nem számolható el a finanszírozó felé járóbeteg-szakellátási teljesítményként

a)³⁰⁵ a fekvőbetegosztályon kezelés alatt álló, valamint a fekvőbeteg-gyógyintézetből történt elbocsátást követően a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben a HBCs felső határnapjáig, de legalább 10 napig a beteg részére nyújtott, a fekvőbeteg-szakellátás HBCs besorolása szerinti fődiagnózisnak megfelelő főcsoportba tartozó betegségek miatti járóbeteg-szakellátás, kivéve az Országos Orvosszakértői Intézet által végzett, jogszabályban meghatározott orvos szakértői vizsgálatokat, a sürgősségi betegellátási egységben nyújtott és 6 órán belül befejezett ellátást, a külön jogszabályban meghatározott csecsemőkori szűréseket, továbbá a fekvőbeteg-ellátást indokoló betegséggel össze nem függő onkológiai és citológiai szűréseket, amennyiben azok elvégzése a külön jogszabályban foglaltak szerint nem történt meg;

b) az olyan személy részére nyújtott ellátás, akit az ellátás napján – a rendelő beutalása alapján – a rendelőt működtető egészségügyi intézmény valamely fekvőbetegosztályára felvettek;

c)³⁰⁶

d) az olyan személy részére nyújtott ellátás, amelynek költségeit az egészségügyi szolgáltató a beutaló (vizsgálatot kérő) szolgáltatóval közvetlenül elszámolja, vagy amely máshonnan megtérítésre kerül.

(5)³⁰⁷ A nyújtott ellátáshoz tartozó önálló elszámolási tételként azt a legmagasabb pontértékű tételt lehet kiválasztani, amely tételhez tartozó szakmai követelményrendszernek az ellátás megfelelt.

(6)³⁰⁸ Ha a szakrendelés egy személy részére több egymással össze nem függő ellátást nyújt, akkor az ellátásokat az (5) bekezdésben foglaltak szerint külön-külön lehet elszámolni. A laboratóriumban végzett terheléses vizsgálatok elszámolása – külön beavatkozási kód hiányában – a vizsgálat szakmai szabályok szerinti ismételt jelentésével történik.

(7)³⁰⁹ A laboratóriumi és a kórbonctani-kórszövettani vizsgálatok teljesítménye akkor is elszámolható, ha az alapellátás vagy a egészségügyi szolgáltatást orvosának rendelésére beküldött mintából történt a vizsgálatok elvégzése. Az ellátás időpontjának a mintavétel időpontját kell tekinteni.

(8)³¹⁰ Ha a fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltató kérésére vagy jogszabály előírása alapján a beteg részére egészségügyi szolgáltatást más szolgáltató nyújt, ennek költségeit a szolgáltatók egymás között számolják el. Az elszámolás során legfeljebb az adott szolgáltatásnak az OEP által alkalmazott aktuális finanszírozási paraméterei és a 6. § (2) bekezdése szerinti forintértékek vehetők figyelembe.

(9)³¹¹

(10)³¹²

(11)³¹³ Az (1) bekezdés szerinti jelentést meg kell küldeni a finanszírozónak a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig.

(12)³¹⁴ A 6. § (2) bekezdésének b) pontja alapján a forintérték meghirdetésre a 38. § (3) bekezdésében foglalt szabályokat kell alkalmazni.

(13)³¹⁵

30/A. §³¹⁶ (1)³¹⁷ A vér- és vérkészítmények (a továbbiakban együtt: vérkészítmény) térítési díját az R. 13. számú melléklete tartalmazza. A térítési díjak fedezetét a szolgáltatók teljesítményarányos finanszírozási díjazása tartalmazza. A felhasználó intézmény számla alapján közvetlenül fizeti meg a kiadó vértranszfúziós intézet részére az igényelt vérkészítmény(ek) díját.

(2)³¹⁸ Amennyiben a felhasználó az (1) bekezdés szerinti fizetési kötelezettségének nem tesz eleget a követelés lejártától számított 8 napon belül (a továbbiakban: késedelem), az Országos Vérellátó Szolgálat (a továbbiakban: OVSZ) és a késedelembe esett szolgáltató 10 napon belül köteles egyeztetést lefolytatni. Az egyeztetést az OVSZ kezdeményezi a késedelemre történő felhívással és a számla kiegyenlítésére vonatkozó felszólítással egyidejűleg. Az egyeztetés számlaegyeztetésből és a kiegyenlítésben történő megállapodásból áll.

(3)³¹⁹ Az egyeztetésre nyitva álló 10 napos határidő eredménytelen elteltét követően vagy a megegyezés ellenére sem teljesített fizetés esetén az OVSZ a számlaegyeztetésnek megfelelő, a tárgyhónap utolsó napjáig felmerülő követelését – díjmegtérítés céljából – a tárgyhónapot követő hónap 3. napjáig eljuttatja az OEP részére.

(4)³²⁰ Az OEP az OVSZ díjmegtérítési, valamint az OVSZ és a szolgáltató által a vérrel való ellátásra kötött szerződésben meghatározott kamat követelését 8 napon belül megküldi a felhasználó egészségügyi szolgáltatónak, és amennyiben a szolgáltató az értesítés kézhezvételétől számított 10 napon belül pénzügyi bizonylattal nem igazolja fizetési kötelezettségének teljesítését, a soron következő finanszírozási összeg átutalásakor a követelés mértékével csökkenti az intézmény számlájára átutalandó összeget, és a tartozásnak megfelelő összeget átutalja az OVSZ részére. Amennyiben a követelés mértéke meghaladja az intézmény esedékes finanszírozási összegének 5%-át, az OVSZ követelésének teljesítése több részletben, a havi finanszírozás összegének legfeljebb 5%-áig terjedően történik.

(5)³²¹ Amennyiben fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató számára az OVSZ járóbeteg-szakellátási tevékenységet végez, annak díja a mindenkori járóbeteg-szakellátás teljesítményegységének forintértékén kerül meghatározásra az R. 2. mellékletében meghatározott pontértékekkel.

31. § (1)³²² A 29. § e) pontja szerinti szolgáltatók az elvégzett tevékenység alapján teljesítménydíjazásban részesülnek.

(2)³²³

(3)³²⁴

(4)³²⁵ A teljesítménydíjazás a járóbeteg-szakellátás – ide nem értve a laborkassza – és az aktív fekvőbeteg-szakellátás valamint CT-MRI szakellátás (a továbbiakban: összevont szakellátás előírányzata) terhére történik. Az elszámolható teljesítmények kódját az R. tartalmazza.

(5)³²⁶

(6)³²⁷

(7)³²⁸

(8)³²⁹ A társadalombiztosítási és szociális ellátásokkal kapcsolatos orvosszakértői tevékenység az R. 2. számú mellékletében meghatározott pontértékkel finanszírozható.

32. § (1)³³⁰ A CT, MRI vizsgálatok elszámolására a szakellátás orvosának beutalása alapján kerülhet sor. A finanszírozó a járóbeteg-szakellátás keretében végzett vizsgálatokat a szolgáltatóval kötött teljesítményvolumen szerződés alapján finanszírozza. A CT vagy MRI berendezés használatához kötött, az R. 2. számú mellékletében meghatározott beavatkozások finanszírozóhoz történő jelentése kizárólag a készülékkel rendelkező munkahely kódján történhet.

(2)³³¹ Az elszámolás havonta az R. 2. számú mellékletében megállapított pontszám alapján történik az R.-ben meghatározott szabályoknak megfelelően.

(3)³³² A szolgáltató a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak a CT–MRI vizsgálatok teljesítményét a *15. számú melléklet* szerinti adattartalommal.

(4)³³³ A CT, MRI berendezés cseréje esetén az ellátást nyújtó szolgáltató TVK-ját módosítani kell a CT, MRI berendezés korábbi éves átlagos teljesítményének időarányos részével, amennyiben az a TVK megállapításakor nem került figyelembevételre a bázisteljesítményben és amennyiben az R. 3. § (3) bekezdése szerint bekövetkezett változás időpontjában a TVK módosításra került.

(5)³³⁴ Nem számolható el járóbeteg-szakellátási teljesítményként az aktív fekvőbeteg osztályon kezelés alatt álló beteg részére nyújtott CT, MRI vizsgálat, ideértve az aktív fekvőbeteg ellátással összefüggésben a felvétel és az elbocsátás napján elvégzett vizsgálatot is.

33. § (1)³³⁵ A betegszállítás finanszírozása havonta, a szabályosan utalványozott betegszállítás céljából megtett hasznos és többletkilométerek alapján történik. Hasznos kilométerenként számolható el egyedi betegszállítás esetén a beteg felvételének helye és a betegszállító utalványon megjelölt érkezési helye közötti legrövidebb útszakasz, kapcsolt szállítás esetén az első beteg felvétele és az utolsó beteg érkezési helye közötti legrövidebb, illetve indokolt esetben az attól eltérő, a betegszállítás szempontjából legelőnyösebb útszakasz. Az elvégzett teljesítményekről a szolgáltató a 16. számú melléklet szerinti adattartalommal jelentést küld az OEP-nek a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A betegszállító szolgáltatóval szerződéses jogviszonyban álló GPS műholdas navigációs rendszert működtető szolgáltató a saját szerveréről, az elvégzett szállítások validitásának ellenőrzésére, az OEP által előírt egységes adattartalommal jelentést küld az OEP részére minden tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A teljesítmény-adatok tartalmazzák a finanszírozott gépkocsik azon GPS-adatait, amelyek alkalmasak a gépkocsi teljesítményének, napi futott kilométereinek ellenőrzésére.

(1a)³³⁶ A beteg szállításáról a külön jogszabályban előírt adattartalmú, az utalvány adataival megegyező, hiánytalanul kitöltött adatlapot kell vezetni. Az éves költségvetésben egy hónapra rendelkezésre álló keretösszegeből a (2) bekezdés szerinti díjazás és a 34. § (3) bekezdése szerint elkülönített összeg levonása után – az országos teljesítmények figyelembevételével – az OEP állapítja meg az egy kilométerre jutó országos forintértéket. Szolgáltatónként, egy aktív gépjármű teljesítményeként havonta legfeljebb átlag 8000 hasznos kilométer, és többletférőhelyenként legfeljebb 1600 többletkilométer számolható el. A többletférőhely a gépjármű összes férőhelyeinek – ideértve a gépjárművezető férőhelyét is – kettővel csökkentett száma lehet.

(2)³³⁷ A szolgáltatót a – külön jogszabályok szerint – beutalásra jogosult orvos rendelése alapján elvégzett betegszállítás után kiegészítő betegszállítási díj illeti meg, amelynek mértéke

a) betegkísérő közreműködését igénylő szállítás esetén betegenként 750 forint,

b) az a) pont szerinti betegkísérő közreműködését nem igénylő szállítás esetén betegenként 250 forint,

c)³³⁸ a főváros és a megyeszékhely közigazgatási területén belül történő szállítás esetén az a) és b) pont szerinti díjon felül a betegkísérő közreműködését igénylő szállításnál betegenként

további 500 forint, betegkísérő közreműködését nem igénylő szállításkor betegenként további 250 forint.

(3)³³⁹ Többetkilométerként több beteg együttes (kapcsolt) szállítása esetén a beteg felvételi és az utalványon megjelölt érkezési helye közötti legrövidebb útszakasz vehető figyelembe, a közösen megtett útszakasz kilométereinek 0,2-szerese számolható el többlettelteljesítményként. Kapcsolt szállítás esetén a hasznos és többetkilométerek a betegenként megtett kilométerek arányában oszlanak meg az egyes esetek között.

(3a)³⁴⁰ A 100 kilométert meghaladó hosszú távú szállítás esetében a megtett útszakasz 100 kilométert meghaladó részének díja 0,8-es degressziós szorzóval kerül kiszámításra.

(4)³⁴¹ Nem jelenthető teljesítményként az egészségügyi szolgáltató egy telephelyén belüli, valamint a telephelyei közötti betegszállítás, ha a telephelyek közigazgatási határon belül helyezkednek el. A tartalékjárművel teljesített betegszállítás abban az esetben jelenthető, ha a finanszírozási szerződésben kapacitásként lekötött szállító járművet műszaki vagy egyéb ok miatt üzemben kívül kellett helyezni.

(5)³⁴² Az OEP az (1)–(3) bekezdések szerint kiszámított díjat a teljesítést követő hónapban utalványozza.

(6)³⁴³ A betegszállítás finanszírozására irányuló szerződésben meg kell határozni – az egészségügyért felelős miniszter és az OEP főigazgatója által együtt kijelölt szakértői bizottság javaslata alapján – a területi ellátási kötelezettséget, illetve a folyamatos ellátás biztosítását. A betegszállító szolgáltatók saját maguk, vagy megbízottjuk útján napi 24, heti 168 órában kötelesek a biztosítottak számára rendelkezésre állni.

(7)³⁴⁴ A finanszírozást igénylő szolgáltatók erre irányuló igényüket az OEP-hez nyújthatják be, amelyet a (6) bekezdésben megjelölt szakértői bizottság bírál el és tesz javaslatot új szolgáltatók, illetve új kapacitások bevonására, valamint a meglévő kapacitások módosítására és az ellátási területre. A bizottság javaslatát az OEP főigazgatója hagyja jóvá, és egyetértés céljából megküldi az egészségügyért felelős miniszternek.

(8)³⁴⁵ A betegszállításra finanszírozási szerződés az adott évi költségvetési törvényben az LXXII. Egészségbiztosítási Alap fejezet 2. cím, 3. alcím, 1. jogcímcsoport, 5. Betegszállítás és orvosi rendelőnyű halottszállítás jogcímen rendelkezésre álló előirányzat mértékéig

a) új szolgáltatóval,

b) új kapacitásra,

c) a meglévő kapacitások módosítására

az egészségügyért felelős miniszter egyetértésével köthető, illetve módosítható. Amennyiben az a)–c) pontok szerinti szerződéskötés éven túli kötelezettség-vállalást is eredményez, az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével köthető meg a finanszírozási szerződés.

(9)³⁴⁶ A betegszállítás megrendelője a betegszállítás nem teljesítését, illetve olyan késedelmes teljesítését, mely a beteg állapotának olyan mértékű rosszabbodásához vezetett, hogy ennek

következtében a betegszállítás már mentési feladatnak minősült, haladéktalanul köteles írásban jelenteni az OEP-nek.

33/A. § ³⁴⁷(1)³⁴⁸ A mentési feladatot végző szolgáltatók finanszírozása – ide nem értve a koraszülött mentést végző szolgáltatókat – az 5. mellékletben a mentési feladatra meghatározott előirányzat terhére a szolgáltatóval kötött szerződés szerinti fix összegű díjazással történik, melyet az OEP havonta a tárgyhónapot megelőző hónapban a 6. § (3) bekezdése szerint utalványoz.

(2)³⁴⁹ A szolgáltató az elvégzett mentési feladatokról a 23. számú melléklet szerinti adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld az OEP-nek.

(2a)³⁵⁰ A légimentési tevékenység finanszírozása havi 61 millió forint fix összegű díjjal történik az 5. számú melléklet szerinti 15. Mentés előirányzat terhére. A szolgáltató az elvégzett mentési feladatokról a 23. számú melléklet szerinti adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld az OEP-nek.

(3)³⁵¹ A szervátültetést végző orvos vagy munkacsoport, a szerv és a vérminta szállításának díjazása havi 4 millió forint fix összegű díjjal történik az 5. számú melléklet szerinti Mentés előirányzat terhére. A szolgáltató az elvégzett szállítási feladatokról a 32. számú melléklet szerinti adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld az OEP-nek.

34. § (1)³⁵² A boncolás végzéséhez szükséges szakmai minimumfeltételekkel nem rendelkező fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy a nem fekvőbeteg-gyógyintézetben elhunyt személy esetében az orvosi rendelőnyre történő, kórboncolási céllal végzett halottszállítás költségtérítése – a kórboncolást végző fekvőbeteg-szakellátási szolgáltatóval kötött szerződés alapján – a (2) bekezdés szerinti átalánydíjjal történik az elrendelést igazoló utalványnak, továbbá az elhunyt személy és a halottszállítási utalvány adatainak a finanszírozó részére történő megküldését követő hónapban, az egyéb kifizetésekkel egyidejűleg.

(2)³⁵³ Az (1) bekezdés szerinti halottszállításért közigazgatási határon belül legfeljebb 8400 forint, közigazgatási határon túli esetben legfeljebb 12 600 forint szállítási díj illeti meg az (1) bekezdés szerinti intézetet, amennyiben a költséget igazoltan kifizette. A teljesítés hónapjának az igazolt kifizetés időpontját kell tekinteni.

(3)³⁵⁴ A betegszállítás és orvosi rendelőnyű halottszállítás finanszírozására elkülönített előirányzat egy havi összegéből először a halottszállítás kerül finanszírozásra, a maradék összegből a betegszállítás a 33. § szerint kerül finanszírozásra.

*Otthoni szakápolás finanszírozása*³⁵⁵

35. § ³⁵⁶(1) Az otthoni szakápolást végző szolgáltató és az otthoni hospice ellátást végző szolgáltató (a továbbiakban együtt: szakápolási szolgáltató) finanszírozása a külön jogszabály szerint kötött szerződés alapján, az 5. számú melléklet otthoni szakápolás kiadási előirányzata terhére történik.

(2) A szakápolási szolgáltató vállalja a szerződésben meghatározott ellátási területre az otthoni szakápolás vagy otthoni hospice ellátás igénybevételére jogosult személy (a

továbbiakban: biztosított) otthonában végzendő szakápolást vagy hospice ellátást, és ezt a szerződési ajánlat benyújtásakor a működési területe szerint illetékes települési önkormányzatnak bejelenti. A szolgáltató a külön jogszabályban foglaltak alapján és a szakmai szabályok szerint végzi az ellátást.

(3) Otthoni szakápolást a 9. számú melléklet szerinti nyomtatványon elrendelheti

a)³⁵⁷ a háziorvos saját kezdeményezésre, kezelőorvosi javaslat vagy intézeti zárójelentés alapján,

b)³⁵⁸

(4)³⁵⁹ Az R. 9. számú mellékletében meghatározott egynapos beavatkozással összefüggésben nem rendelhető el otthoni szakápolás.

(5) Az otthoni hospice ellátást a 30. számú melléklet szerinti nyomtatványon elrendelheti

a)³⁶⁰

b)³⁶¹ a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató klinikai onkológusának, a daganatos megbetegedés lokalizációja szerint illetékes szakorvosnak vagy az otthoni hospice ellátást végző szolgáltató palliatív jártasságú szakorvosának vagy palliatív mobil csoport (mobil team) palliatív jártasságú szakorvosának a javaslata alapján a háziorvos.

(6) Otthoni hospice ellátás elrendelése esetén egyidejűleg otthoni szakápolás nem rendelhető el.

(7)³⁶² Az OEP az otthoni szakápolás 5. számú melléklet szerinti előirányzatának otthoni szakápolásra és otthoni hospice ellátásra elkülönített keretét a megyék között lakosságszám arányában osztja fel. A felosztásnál az 5000 fő alatti lakosságszámú településeket a lakosságszámuk 30 százalékaival növelt mértéke szerint kell figyelembe venni.

(8)³⁶³ Az OEP az otthoni szakápolás végzésére jogosult szolgáltató szerződési ajánlatát 15 napon belül elbírálja, elfogadás esetén az erről küldött értesítést követő 7 napon belül – a rendelkezésre álló kereten belül – megkötö a finanszírozási szerződést. A szerződésben az elszámolható normatív vizitszám, illetve ellátási napok száma (a továbbiakban: kapacitás) és a díjazás összege évente – havi bontásban – a szolgáltató ellátási területéhez tartozó települések lakosságszáma alapján kerül meghatározásra. A finanszírozási szerződésben lekötött, illetve a havonta elszámolt teljesítményt az OEP háromhavonta felülvizsgálja, és a fel nem használt kapacitást átcsoportosítja oda, ahol arra igény jelentkezik. Havonta legfeljebb a tárgyhónapra lekötött kapacitásnak és a tárgyévi időarányos kapacitásmaradvány 10%-ának megfelelő teljesítmény számolható el, amennyiben az országos teljesítés a tárgyhónapban kevesebb, mint a havi előirányzat. Az OEP a következő évi szolgáltatói kapacitás megállapításánál az előző évi teljesítményt is figyelembe veszi.

(9)³⁶⁴ A finanszírozási szerződésben egy teljes szakápolói munkaidőre legfeljebb napi 6 vizit, szakirányú terápiás szolgáltatás esetén napi 6 vizit köthető le. A részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozó munkaidejére időarányosan csökkentett kapacitás köthető le. Az OEP a teljesített viziteket csak abban az esetben finanszírozza, ha a rehabilitációs tevékenységek

aránya nem haladja meg az összes tevékenység 50%-át, a szakápolási tevékenységek aránya az összes tevékenység 70%-át.

(10)³⁶⁵ Az otthoni szakápolás keretében ápolási tevékenységek legfeljebb 14 vizitre, otthoni hospice ellátás legfeljebb 50 napra rendelhetők el, amelyek naptári évenként, ismételt orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – az ápolási tevékenységek esetében további három, az otthoni hospice ellátás esetében további két alkalommal megismételhetők. Szakirányú rehabilitációs tevékenységek – a logopédia kivételével legfeljebb két hónapos időtartamú kúránként – legfeljebb 28 vizitre rendelhetők el, amelyek naptári évenként egy alkalommal megismételhetők. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően ismételt ápolási tevékenységek új elrendelő lap kitöltésével rendelhetők el. Ápolási tevékenységek újabb megbetegedés esetén 14 vizitre ismételten elrendelhetők, amelyek orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – esetenként, naptári évenként további három alkalommal megismételhetők. Az egy alkalomra elrendelt, az egyik naptári évről a következő naptári évre áthúzódó ellátást abba a naptári évbe tartozó ellátásnak kell tekinteni, amelyik évben az ellátás igénybevétele megkezdődött.

(11)³⁶⁶ Ha a beteg állapota szükségessé teszi, a háziorvos, az OEP ellenőrző főorvosának egyetértésével, egyedileg meghatározott ápolási tevékenységekre további ellátást rendelhet el, ha a kapacitás a szolgáltatónál rendelkezésre áll.

(12)³⁶⁷ A háziorvos az ellátás befejezését az ápolási dokumentációban aláírásával igazolja.

(13)³⁶⁸ A finanszírozás – az ápolási kategóriánként képzett – vizitdíj alapján történik. A vizitdíjat a 3380 forintos alapidíj és a 12. számú melléklet szerinti szorzók alkalmazásával kell kiszámítani. Az otthoni hospice ellátás finanszírozási egysége az ellátási nap, amely az otthoni ellátáson kívül magában foglalja a folyamatos rendelkezésre állást is. A napidíj mértéke az otthoni szakápolás alapidíjának 120%-a.

(14)³⁶⁹ Az OEP és a szakápolási szolgáltató szerződése alapján a biztosított ellátására naponta egy vizit számolható el, az egy napon történt többszöri ellátás esetén is.

(15)³⁷⁰ Az a szakápolási szolgáltató, aki telephelyén kívül olyan településen lát el biztosítottat, ahol más, a (8) bekezdés szerint befogadott szakápolási szolgáltató nem működik vagy külterületen lakó biztosítottat lát el, az OEP-pel kötött szerződés alapján területi pótlékra jogosult. A területi pótlék összege a (13) bekezdés szerinti díj 10%-a. A (13) bekezdés szerinti díj 20%-ának megfelelő összegű területi pótlék illeti meg a szolgáltatót, ha 2000 főnél kisebb lakosságszámú településen történt a szakápolás, illetve az otthoni hospice ellátás. Az OEP a telephelyen kívüli településen végzett szakápolás esetén a területi pótlékot a szerződés szerinti havi keretösszege felül számolja el.

(16)³⁷¹ A szakápolási szolgáltató a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig – az otthoni szakápolás esetén a 10. számú melléklet, az otthoni hospice ellátás esetén a 31. számú melléklet szerinti adattartalommal – jelentést küld az OEP-nek. A szakápolási szolgáltató minden hónap utolsó munkanapján részjelentést küld azokról az ellátásokról, amelyek a tárgyhónapban még nem fejeződtek be.

(17)³⁷² Az OEP a megállapított díjat a jelentés leadása hónapjában utalványozza.

Fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása

36. § (1)³⁷³ Fekvőbeteg-szakellátás klinikán, kórházban, szakápolási intézményben, valamint fekvőbeteg-ellátást nyújtó országos intézetben (a továbbiakban együtt: intézmény) végzett minden ellátási esemény, amelynek során a biztosítottat az intézménybe felvették, és ott legalább 24 órán keresztül – nappali kórházi ellátás esetén legalább 6 órán keresztül – tartózkodik.

(2)³⁷⁴ Az (1) bekezdésben foglaltakon túl, jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül a fekvőbeteg-intézményben ellátott biztosított részére

a) a 0 alsó határnapú HBCs szerinti ellátás,

b) a sürgősségi betegellátásra vonatkozó szabályok szerint nyújtott, 6–24 órás ellátás,

c)³⁷⁵ az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátás keretében végzett, az újszülött 0–4 napos korban történő életkorhoz kötött szűrővizsgálata,

d) a 24 órán belül más intézetbe áthelyezett újszülöttek, továbbá

e) az osztályra történő felvételt követően 24 órán belül meghalt személyek részére nyújtott ellátás is.

(3)³⁷⁶ Az (1)–(2) bekezdésben foglaltakon túl jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül

a) a biztosított részére az R.-ben meghatározott intézményben nyújtott – az R. 9. számú mellékletében meghatározott – beavatkozás, amennyiben a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátották (egynapos beavatkozás), valamint

b) az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás.

(4)³⁷⁷ Fekvőbeteg-szakellátás esetén minden osztályos ápolási esetről a *14. számú melléklet* szerinti Adatlapot kell felvenni. Az Adatlapon – a zárójelentéssel azonos adattartalommal – kell feltüntetni

a) az intézmény és az ellátó osztály, valamint a beküldő kódját;

b) az ellátott személy nevét, TAJ-számát;

c) az ellátási eset intézeti azonosítószámát (törzsszámát);

d) a felvétel és az elbocsátás időpontját;

e) a betegségek megnevezését, kódját, valamint típusjelét;

f) az elvégzett orvosi beavatkozások jelét és kódját;

g) a kórházból történő távozás módját;

h) a tételes elszámolás alá eső eszközök megnevezését és kódját, továbbá az Adatlapon feltüntetett kiegészítő adatokat.

(5)³⁷⁸ Az ápolást indokoló fődiagnózist az a diagnózist kell feltüntetni, amely az intézményi (osztályos) kezelést meghatározta, amelyhez az ellátási eset kapcsán nyújtott szolgáltatások tartoznak. Nem tüntethető fel olyan diagnózis ápolást indokló fődiagnózisként

a) amelyet a betegnél nem állapítottak meg,

b) amely kezeléséhez szükséges feltételekkel az egészségügyi szolgálat nem rendelkezik,

c) amelyet megállapítottak, de a kezelést alapvetően nem ez határozta meg.

(6)³⁷⁹

37. § (1) A fekvőbeteg-szakellátási intézet a *7. számú melléklet* szerinti aktív és krónikus ellátást nyújthat. Az aktív ellátás végezhető mátrix szerkezetű fekvőbeteg-ellátó intézményben.

(2) A szerződésben – az Eb. tv.-ben és a Vhr.-ben foglaltakon túl – meg kell határozni

a)³⁸⁰ az aktív és krónikus fekvőbeteg-osztályokat, szakmánkénti bontásban;

b) az aktív és krónikus osztályok ágyszámát és kódszámát;

c) az egyes osztályok által nyújtott, finanszírozási szempontból kiemelt feladatokat, amelyek során tételes elszámolás alá eső eszközök felhasználására kerül sor, illetve, amelyek tételes elszámolás alá esnek;

d)³⁸¹ az egészségügyi államigazgatási szervnek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló külön jogszabály szerinti mátrix szerkezetű intézetre szóló engedélyével rendelkező intézet esetén az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó adatokat az intézetre összesítetten, továbbá a krónikus fekvőbeteg-szakellátási osztályokat részletesen;

e) a külön rendeletben meghatározott feltételekhez kötött ellátásokat;

f)³⁸² a teljesítmény mennyiségét és a teljesítés időbeli ütemezését;

g)³⁸³ az osztályos háttérrel nyújtott nappali kórházi ellátás lekötött kapacitását napi beteglétszámban, ami nem haladhatja meg az osztályos háttér ágyszáma szerint ellátható napi beteglétszám 50 százalékát.

(3)³⁸⁴ A krónikus betegellátás szakmai csoportosítási szempontjait, súlyozási szorzóit és a jelentési kódokat, amennyiben az ellátás nem tartozik az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátások közé, a 8. számú melléklet tartalmazza.³⁸⁵ A finanszírozási szerződésben vállalt rehabilitációs szakfeladat mellett a krónikus ellátási szakfeladat és ápolási szakfeladat is, illetve a krónikus ellátási szakfeladat mellett az ápolási szakfeladat is – az adott szakfeladatnak megfelelő szorzó alapján – finanszírozható, amennyiben a feladat(ok) ellátására az egészségügyi szolgáltató működési engedéllyel

rendelkezik. A krónikus ellátások egységni teljesítményének számításához betegségcsoportonként kialakított szorzókat az egészségügyért felelős miniszter rendeletben állapíthatja meg.

(4)³⁸⁶ A 8. számú melléklet szerinti krónikus rehabilitációs betegellátás súlyozási szorzói a finanszírozási összegek megállapítására – a (4c) bekezdésben meghatározott kivétellel – csak azon szolgáltatók rehabilitációs osztályain nyújtott ellátás finanszírozásához alkalmazhatók, amelyek megfelelnek a 8/A. számú mellékletben meghatározott szakmai szempontoknak. A feltételek fennállását az OEP ellenőrzés alapján állapítja meg.

(4a)³⁸⁷ A (4) bekezdés szerinti ellenőrzést

a) az év negyedik negyedében valamennyi rehabilitációs osztályra kiterjedően,

b) a szolgáltatónál lekötött fekvőbeteg-szakellátási kapacitás szakmai összetételének rehabilitációs ellátást érintő, legalább 15 ágyszámmal történő módosítása esetén a szerződésmódosítást megelőzően,

c) az orvosok létszámadatai vonatkozásában a finanszírozási szerződés adatai alapján negyedévente

kell lefolytatni.

(4b)³⁸⁸ Ha az ellenőrzés azt állapítja meg, hogy a szolgáltató nem felel meg a 8/A. számú mellékletben meghatározott szakmai feltételeknek, tevékenysége alacsonyabb szakmai szorzóval vagy krónikus szakfeladatnak megfelelő szorzóval vagy ápolási szakfeladatnak megfelelő szorzóval kerül finanszírozásra. Ha a szolgáltató magasabb színvonalú szakmai feltételeknek felel meg, akkor tevékenysége – a (4d) bekezdésben meghatározott kivétellel – a szakmai minősítésének megfelelően kerül finanszírozásra. A szolgáltató a módosított besorolás szerinti teljesítménydíjra az ellenőrzést követő év január 1-jétől, illetve a finanszírozási szerződés módosításának kezdő hatályától jogosult.

(4c)³⁸⁹ Azon rehabilitációs ellátások esetében, amelyek tekintetében a 8/A. számú melléklet nem határoz meg szakmai szempontokat, a 8. számú melléklet szerinti súlyozási szorzó a finanszírozási összeg megállapítására azon szolgáltatók rehabilitációs osztályain nyújtott ellátás finanszírozásához alkalmazható, amelyek megfelelnek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételekről szóló miniszteri rendeletben előírt feltételeknek.

(4d)³⁹⁰ A (4b) bekezdésben foglaltak szerinti átsorolás nem eredményezheti, hogy a krónikus rehabilitációs ellátás 1,2-es, 1,4-es vagy 1,8-as szorzó helyett 3,8-as vagy 6,6-os szorzóval kerüljön finanszírozásra.

(5)³⁹¹ A 8. számú mellékletben meghatározott krónikus ellátások esetén

a) teljesítmény csak olyan osztályról – a 00017 és a 00022 kódszámú ellátást nyújtó osztály kivételével – számolható el, amelynek ágyszáma eléri vagy meghaladja a tízet;

b) ha a 00015 kódszámú krónikus osztályon a folyamatos orvosi tevékenység feltételei nem biztosítottak, a teljesítmény elszámolásánál a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzóját kell alkalmazni;

c)³⁹²

d)³⁹³ a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályról jelentett ápolási eset a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzójának alkalmazásával számolható el;

e)³⁹⁴ a d) pont szerinti elszámolási szabályokat nem kell alkalmazni a tartós gépi lélegeztetést igénylő, kómás, illetve tetraplégiában szenvedő betegek ellátása, valamint a pszichiátriai betegek bíróság által elrendelt kötelező gyógykezelése esetében, azzal, hogy a teljes díj kifizetésére az OEP ellenőrző hálózatának orvosa (főorvosa) ellenőrzését követően kerülhet sor, mely ellenőrzést az ellátó intézménynek kell kezdeményeznie;

f)³⁹⁵ a d) pont szerinti elszámolási szabályok alkalmazása szempontjából a szolgáltatónál 00001 vagy 00015 kódszámú ellátásra az elbocsátást követő naptól számított hat hónapon belül történt ismételt felvétel esetén a megelőző 00001 és 00015 kódszámú ápolási esemény időtartamát is figyelembe kell venni.

(6)³⁹⁶

(7)³⁹⁷ Az intézmény az aktív és a krónikus, a nappali kórházi, a kúraszerű ellátás, a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás, illetve az egynapos beavatkozási esetekről, továbbá a kórházban elhunyt beteg boncolásáról – a 14. számú melléklet szerinti adattartalommal – a tárgyhót követő hónap 5. napjáig jelentést küld az OEP-nek. Az OEP megküldi az intézetek teljesítményét a feldolgozás eredményével együtt az egyéb térítési kategóriák szerinti finanszírozást végző szervezeteknek, továbbá a teljesítést követő hónap 25. napjáig az egészségügyi szolgáltatók részére a saját jelentésük feldolgozásának eredményét.

(7a)³⁹⁸ A rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás esetén a teljesítmények rögzítése a 14. számú melléklet szerinti adattartalmú napi betegforgalmi nyilvántartás kitöltésével és a (7) bekezdés szerinti jelentési rend alapján történik.

(8)³⁹⁹ A krónikus betegellátásban – ideértve a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátást is – a Funkciók Nemzetközi Osztályozása (a továbbiakban: FNO) szerinti funkcionális állapotot a 14. számú mellékletben kell jelenteni.

(8a)⁴⁰⁰ A (8) bekezdésben foglaltakon túl a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás esetén meg kell határozni és a betegdokumentációban vezetni kell a rehabilitációs ellátási programban megállapított állapotmutatókat is.

(9)⁴⁰¹

(10)⁴⁰²

38. § (1)⁴⁰³

(2)⁴⁰⁴ A krónikus ellátások súlyozott napi díja és az R. 3. számú melléklete szerinti HBCs súlyszám díja közti átszámítással a fekvőbeteg-ellátás teljesítmény értéke egységesen HBCs súlyszámban is kifejezhető.

(3)⁴⁰⁵ Az aktív és a krónikus fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény szerinti finanszírozása előre meghatározott országos díjjal történik. Az országos díjat akkor kell változtatni, ha az éves előirányzat keretén belül az egyenletes, kiszámítható finanszírozás biztosítása azt indokolja. A változást az OEP kezdeményezésére az egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter közös közleményben teszi közzé.⁴⁰⁶

(4)–(6)⁴⁰⁷

(7)⁴⁰⁸

39. § (1)⁴⁰⁹ A biztosított részére az intézménybe történő felvételétől az elbocsátásáig nyújtott ellátás egy ellátási esetnek számít, függetlenül attól, hogy ez idő alatt az intézmény egy vagy több, szervezetiileg önálló osztályán nyújtották az ellátást. Ehhez az ellátási esethez tartozik a felvétel napján az ugyanazon intézetben nyújtott járóbeteg-szakellátás és a határnapon belüli ismételt felvétel is. Krónikus fekvőbeteg-szakellátó intézmények számára azok a napok nem kerülnek finanszírozásra, melyeken a beteg finanszírozott járóbeteg-szakellátást másik egészségügyi szolgáltatónál vesz igénybe.

(2)⁴¹⁰ Krónikus fekvőbeteg ellátás esetén – ide nem értve rehabilitációs ellátást és a krónikus nappali kórházi ellátást – az egy ellátási esetben havonta legfeljebb 72 óráig tartó megszakítás is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a megszakítás időtartamára az egyébként járó napi díj 50 százalékára jogosult. A rehabilitációs krónikus ellátás esetén hetente 48 óráig tartó megszakítás is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a megszakítás időtartamára az egyébként járó napi díj 50 százalékára jogosult. A pszichiátriai aktív ellátás esetén az egy ellátási esetben a felső határnapot meghaladó időszakban havonta legfeljebb 72 óráig tartó megszakítás is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a 40. § (8) bekezdése szerinti díj 50 százalékára jogosult. A 72 óráig, illetve a 48 óráig tartó megszakítás a beteg osztályos felvételét követő 5 napon belül az otthonába bocsátását megelőző 5 napon belül nem számolható el.

(2a)⁴¹¹ Az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat – a (2) bekezdéstől eltérően – az ellátást végző 40. § (11a) bekezdése szerinti intézmény az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott ellátási rend betartásával számolhatja el.

(3) Az R. szerinti felső határnapon belüli, ugyanazon intézetbe történő ismételt felvétel az R. 14. számú mellékletében meghatározott esetekben nem számít az előző kezeléssel összevonva egy ellátási esetnek.

40. § (1) Egy ellátási eset egy vagy több finanszírozási esetet képezhet a (2)–(6) bekezdésekben foglaltak szerint.

(2)⁴¹² Egy fekvőbeteg-osztályos ellátási eset – az R. 8. számú mellékletének 1. és 2., valamint 8–12. pontja szerinti nagy értékű műtéti eljárások, beavatkozások kivételével – egy finanszírozási esetnek minősül, amelynek típusát a fekvőbeteg-ellátó osztály aktív vagy krónikus minősítése határozza meg. Önálló finanszírozási esetnek minősül a kórházban meghalt beteg boncolása is. Amennyiben az R. 8. számú mellékletének 1. és 2. pontja, valamint 8–12. pontja szerinti nagy értékű műtéti beavatkozás történt, a nagy értékű eljárás, illetve beavatkozás és az azt megelőző ellátás önálló finanszírozási esetként számolható el az elszámolási szabályok alapján.

(3) Amennyiben egy beteget több aktív osztályon kezeltek – függetlenül az áthelyezés indokától – egy aktív finanszírozási esetként kell kezelni. Újabb aktív finanszírozási esetnek minősül, ha az ellátási esetek között 30 napot meghaladó krónikus osztályon történő elhelyezésre került sor.

(4) Az ellátásokat a (3) és az (5) bekezdésre is figyelemmel önálló finanszírozási esetekként kell elszámolni, amennyiben a beteget aktív és krónikus osztályon is kezelték.

(5)⁴¹³ Egy intézményen belül az aktív osztályról a krónikus osztályra áthelyezett esetenél a normatív ápolási időt követően a 5 napon belül, az intenzív rehabilitációs osztályra áthelyezett esetenél 3 napon, illetve, ha ez kevesebb a felső határnapon belül nem számolható el a krónikus osztályon nyújtott ellátás.

(5a)⁴¹⁴ Az (5) bekezdéstől eltérően az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátások esetén az aktív ellátást követően a normatív ápolási idő leteltétől kezdődően számolható el a finanszírozási napi díj.

(6)⁴¹⁵ A rövid ellátási (az alsó határnap letelte előtt befejezett) eset után az intézmény nem jogosult a teljes HBCs díjra. Az alsó határnap alatti egy napra eső díj a teljes HBCs díjnak az alsó határnap számával elosztott hányadosa.

(7)⁴¹⁶ Az aktív osztályon a főbeavatkozás és a mozgásszervi rehabilitáció szerinti ráépített HBCs is elszámolható, amennyiben a finanszírozási esetenél az aktív ellátáson túl az aktív osztályon rehabilitációra is sor került.

(8)⁴¹⁷ Az aktív osztályon kezelt felső határnapot meghaladó idejű esetenél (a továbbiakban: hosszú ellátási eset) a felső határnapot meghaladó időtartamra a napi díjazást a krónikus ellátás napi alapdíjának 75 százalékában kell megállapítani. Az intenzív osztályon a hosszú ellátási eset napi díja a krónikus ellátás napi alapdíjának a négyszerese.

(9)⁴¹⁸

(10)⁴¹⁹

(11)⁴²⁰ A nappali kórházi ellátás teljesítménye 0,7-es szorzóval számolható el, kivéve az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat. Nem számolható el teljesítmény heti pihenőnapra, vasárnapra és munkaszüneti napokra.

(11a)⁴²¹ A 39. § (2a) bekezdése szerinti ellátásokat

a) nappali ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató, valamint

b)⁴²² a mozgásszervi rehabilitáció és a neurológiai rehabilitáció szakmákban nappali kórházi ellátásra szerződött fekvőbeteg szakellátást nyújtó szolgáltató

számolhatja el.

(12)⁴²³ A szolgáltató a 14. számú melléklet szerinti adatlap 1–20. pontjának kitöltésével köteles a 37. § (7) bekezdése szerint jelentést küldeni az osztályra felvett betegek közül azokról, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. Az aktív fekvőbeteg-

szakellátást nyújtó osztályról – a szülészeti-nőgyógyászati osztályt és a koraszülöttek intenzív ellátását biztosító osztályt kivéve – naponta csak az osztály ágyszámának – mátrix és összevont osztály tekintetében a mátrix, illetve összevont osztály teljes ágyszámának – megfelelő ápolási nap szerinti teljesítmény számolható el. A teljesített ápolási nap számításánál nem kell figyelembe venni az újszülött szülészeti osztályon történt ellátásának első osztályos esetét, az egynapos ellátás, kúraszerű ellátás, valamint az R. 1. § (13) bekezdése szerinti személyek ellátásának eseteit. A felvétel és az eltávozás, áthelyezés napja egy napnak számít. A 100% feletti ágykihasználtságot eredményező ellátási eset (esetek) kizárólag attól a naptól kezdődően számolható (számolhatók) el, amely napon az ágykihasználtság 100% alá csökken.

(13)⁴²⁴ A megkezdett aktív fekvőbeteg-ellátás másik szolgáltató által felső határnapon belül történt folytatása esetén az áthelyező szolgáltató az elszámolási szabályok szerinti súlyszám 50%-ára jogosult. Amennyiben a megkezdett ellátás nem minősül sürgős esetnek, vagy nem tartozik az áthelyező szolgáltató szakmai kompetencia körébe, akkor az áthelyező szolgáltatót az elszámolási szabályok szerinti súlyszám 25%-a illeti meg.

(14)⁴²⁵ Fekvőbeteg gyógyintézetből történő elbocsátást követően felső határnapon belül másik gyógyintézetben végzett aktív fekvőbeteg-ellátás esetén – az R. 14. számú mellékletében meghatározott esetek kivételével – az elszámolási szabályok szerinti súlyszám 50%-a számolható el.

(15)⁴²⁶ Az Eftv. alapján létrehozott nappali és kúraszerű ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére – a finanszírozási szerződésben meghatározott szolgáltatás, illetve értékarányos teljesítmény mennyiség mértékéig –

a) az R.-ben önálló elszámolási tételként meghatározott nappali, illetve kúraszerű ellátásokat a hozzárendelt pontértékkel,

b)⁴²⁷ a 0100 belgyógyászat, a 0101 angiológia, phlebológia, lymphológia, a 0103 endokrinológia, anyagcsere és diabetológia, a 0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat, a 0900 neurológia, az 1400 reumatológia és fizioterápia, az 1400 reumatológia, az 1402 fizioterápia, az 1800 pszichiátria, a 2201 mozgásszervi rehabilitáció, az 5700 fizioterápia-gyógytorna, az 5711 gyógytorna, az 5712 gyógymasszázs (gyógymasszőri végzettséghez kötött), az 5722 fizioterápia/fizioterápia (asszisztensi tevékenységként) szakmákban teljesített járóbeteg ellátásokat a hozzárendelt pontértékkel,

c) az R.-ben önálló elszámolási tételként meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat a hozzárendelt súlyszámmal

lehet elszámolni, amennyiben az ellátás megfelel a 4. § (3) bekezdésében és a finanszírozási szerződésben foglalt feltételeknek, továbbá az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról szóló miniszteri rendeleti szabályoknak.

(16)⁴²⁸ A rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás elszámolásának szabályait az egészségbiztosításért felelős miniszter rendelete tartalmazza.

(17)⁴²⁹ Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi, a kezelőorvos kezdeményezésére az OEP ellenőrző főorvosának jóváhagyását követően a rehabilitációs ellátási program – az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott feltételekkel – legfeljebb egy alkalommal meghosszabbítható.

41. § (1)⁴³⁰ Krónikus fekvőbeteg-osztályokról naponta csak az osztály ágyszámának megfelelő ápolási nap számolható el a havi teljesítményjelentésben. Az intézmény köteles részjelentést adni azon betegekről, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. A krónikus fekvőbeteg-ellátásban teljes ápolási nap csak a beteg 24 órás kórházi benntartózkodása esetén számolható el. A felvétel és az elbocsátás napja egy napnak számít. A 39. § (2) bekezdése szerinti 72 óráig tartó megszakítást teljesített ápolási napként kell figyelembe venni.

(2)⁴³¹ Az R. 10. számú mellékletében meghatározott – egymással összefüggő kezelési sorozatot alkotó – befejezett vagy lezárt kúraszerű ápolási események elszámolása – ambuláns ellátás esetén is – a HBCs szerint történik.

(3)⁴³² Önálló finanszírozási esetként számolható el az R. 10. számú mellékletében meghatározott, a jelentés és a finanszírozás szempontjából kúraszerű ellátás időszakában, nem a kúraszerű ellátással összefüggően nyújtott sürgős fekvőbeteg ellátás.

42. §⁴³³ A finanszírozással kapcsolatos nem személyes adatok közérdekű adatoknak minősülnek. Az adatokhoz való hozzáférés és ellenőrizhetőségük érdekében

a)⁴³⁴ az OEP a havi összesített teljesítményadatokról és a kifizetésekről az 5. melléklet szerinti bontásban, ellátástípusonként készített tájékoztatót – az utalványozással egyidejűleg – megküldi az egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztériumnak (a továbbiakban: minisztérium), amelyet a minisztérium és az OEP hivatalos tájékoztatóként közzétesz az Egészségügyi Közlönyben,

b)⁴³⁵ az OEP a finanszírozási adatok közül a 22. számú melléklet A) pontja szerinti adatokat honlapján közzéteszi, továbbá a C) pont szerinti adatokat megküldi a minisztérium részére,

c)⁴³⁶ a finanszírozási adatokról az OEP – a b) pontban foglaltak mellett – a minisztérium részére esetenként, igény szerinti csoportosításban összesítést és elemzést készít.

43. §⁴³⁷ (1)⁴³⁸ Az R. 1. számú mellékletében szereplő – tételes elszámolás alá eső – egyszer használatos eszközök és implantátumok felhasználásáról olyan nyilvántartást kell vezetni, amely biztosítja a felhasznált eszköz(ök) beszerzését igazoló dokumentum(ok) és az ellátott esetek közötti megfeleltetést.

(2)⁴³⁹ Az (1) bekezdés szerinti felhasznált eszközökről és implantátumokról a szolgáltató a finanszírozáshoz a 17. számú melléklet szerinti adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak.

(3)⁴⁴⁰ Az (1) bekezdés szerinti egyes eszközökre és implantátumokra eső éves országos keretszámot az OEP – a minisztérium egyetértésével – határozza meg. Az eszközök felhasználására az OEP szolgáltatónként keretösszeget állapít meg. A finanszírozó a megállapított keret mértékéig finanszírozza a felhasználást.

(4) Az OEP az (1) bekezdés szerinti eszközöket és implantátumokat természetben is biztosíthatja, erről azonban az intézeteket legalább 3 hónappal előbb értesíti. Ellenkező esetben az intézetek maguk gondoskodnak a beszerzésről, az OEP az elszámolt eszközök térítésére felső korlátot állapíthat meg.

43/A. §⁴⁴¹ (1)⁴⁴² Az R. 1/A. számú mellékletében szereplő tételes elszámolás alá eső gyógyszerek felhasználásáról elektronikus nyilvántartást kell vezetni az OEP által erre a célra rendszeresített elektronikus adatlapon.

(2)⁴⁴³ Az (1) bekezdés szerinti gyógyszerek felhasználásáról a szolgáltató a 17/A. számú melléklet szerinti adatok szolgáltatásával vagy a vényelszámoló rendszeren keresztül számol el a finanszírozóval a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig.

(3)⁴⁴⁴ Finanszírozó a szolgáltatótól az (1) bekezdés szerinti gyógyszerek finanszírozásához az R. 1/A. számú mellékletében meghatározott indikációkban a gyógyszeralkalmazás szakmai feltételeinek ellenőrzése céljából az adott gyógyszer alkalmazási előírásában és a vizsgálati és terápiás eljárási rendben meghatározott kiegészítő adatokat kérhet.

(4)⁴⁴⁵ A szolgáltató a (3) bekezdés szerinti adatszolgáltatást a (2) bekezdésben meghatározottak szerint köteles elektronikus formában teljesíteni a finanszírozó felé.

(5)⁴⁴⁶ Az (1) bekezdés szerinti gyógyszerekre eső éves országos keretszámot az OEP – az egészségügyért felelős miniszter egyetértésével – határozza meg. Adott gyógyszer felhasználására az OEP szolgáltatónként keretet állapít meg, a finanszírozó a megállapított keret mértékéig finanszírozza a felhasználást.

(6)⁴⁴⁷ Az OEP az (1) bekezdés szerinti gyógyszereket – közvetlenül vagy a gyártó/forgalmazó közreműködésével – természetben is biztosíthatja. Az OEP a természetben biztosított gyógyszerek felhasználása tekintetében is felső korlátot állapíthat meg.

44. § (1) Az R. 8. számú mellékletében szereplő ellátások finanszírozása a költségigényesség függvényében egyedileg történik.

(2)⁴⁴⁸ A még országosan nem elterjedt, az R. 8. számú mellékletében foglalt nagy értékű műtéti eljárások, beavatkozások éves országos keretszámát az OEP – a minisztérium egyetértésével – határozza meg. A műtétek, eljárások végzésére az OEP szolgáltatónként keretösszeget állapít meg.

(3)⁴⁴⁹ Az (1) bekezdés szerinti ellátásokról a szolgáltató a finanszírozáshoz a 17. számú melléklet szerinti adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak.

44/A. §⁴⁵⁰ Az 1309 általános anesztéziában végzett fogászati ellátás szakmában működési engedéllyel rendelkező, az R.-ben meghatározott egészségügyi szolgáltató az R. szerinti egynapos ellátás nyújtására jogosult. Az R. szerinti egészségügyi szolgáltató a 28. számú melléklet 2. pont 2.1.1. alpontja alapján megállapított TVK-ra jogosult.

45. § (1)⁴⁵¹ Az előre nem tervezhető, rendkívüli, illetve egyedi eset az OEP főigazgatójának döntése alapján bármely, az ellátásra szakmailag alkalmas szolgáltatónak – az esetre vonatkozó külön szerződés nélkül – finanszírozható. Amennyiben a szolgáltató igazolt

többletköltsége az 5 millió forintot meghaladja a nem tervezhető, rendkívüli, illetve az egyedi eset az egészségügyért felelős miniszter egyetértése esetén finanszírozható.

(2)⁴⁵² A finanszírozás összegének (1) bekezdés szerinti kiegészítésére irányuló igényt – részletes költségkimutatással együtt – a szolgáltató az adott ellátás befejezését követő 60 napon belül nyújthatja be, abban az esetben, amennyiben a betegellátás költsége a finanszírozott HBCs díj ötszörösét meghaladja.

45/A. §⁴⁵³ A fekvőbeteg-gyógyintézetben a napi élelmezési nyersanyagnorma általános forgalmi adó nélküli összege naponta és betegenként átlagosan legalább ötszázötven forint.

Egyéb ellátások

46. § (1)⁴⁵⁴ Az OEP a dialízis ellátások országosan egységes alapidíjára jutó forintértéket az éves költségvetési törvényben az e célra rendelkezésre álló keret és az országos teljesítmények alapján havonta állapítja meg a szerződés szerinti kezelőhelyek száma, valamint a működési idő szerinti mértékig. A dializáló eljárásokat és a dializáló eljáráson belüli arányokat az R. 11. számú melléklete tartalmazza.

(2) Ha jogszabály lehetővé teszi a dializáló kezelések kúraszerű ellátásként kerülnek finanszírozásra.

(3)⁴⁵⁵ A szolgáltató a 18. számú melléklete szerinti adatokat megküldi a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig a finanszírozónak. Az OEP a díjakat kiszámítja, és a tárgyhónapot követő hónapban az utalványt megküldi a Kincstárnak.

47. §⁴⁵⁶ (1) A szervtranszplantációs riadó jelentéséért és a szerv kivételéig történő donorellátásáért, ideértve a műtéti rendelkezésre állást is, egy szerv sikeres kivétele esetén (páros szerv esetén a páros szervért együttesen) 456 000 forint, több szerv sikeres kivétele esetén 600 000 forint díjazás jár. A szolgáltató a díjazás 70%-át köteles a szervkivételben közreműködő személyek díjazására fordítani.

(2)⁴⁵⁷ A szervet átültetésre előkészítő munkacsoport tevékenységéért – ha azt transzplantáció követi – az OEP szervenként (páros szerv esetén a páros szervért együttesen) 420 000 forint, máj esetén 900 000 forint és tüdő(k) esetén 135 000 forint díjazást folyósít.

48. § (1)⁴⁵⁸ Az érvényes finanszírozási szerződéssel lekötött és finanszírozott körből a legalább egy hónapig tartó rekonstrukció idejére, előzetes bejelentés alapján az intézmény krónikus fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egysége részére a teljesítésből ténylegesen kieső ágyakra legfeljebb három hónapra átmeneti díjazás nyújtható. Ennek mértéke a szünetelő krónikus szakellátási ágyanként 1000 forint/nap. E díjazás a rekonstrukció kezdetének hónapját követő harmadik-ötödik hónapban az egyéb kifizetésekkel egyidejűleg folyósítható az intézménynek. A finanszírozó köteles a folyósítás idején ellenőrzést végezni a szolgáltatónál. Az intézmény a rekonstrukció befejezését köteles 10 napon belül bejelenteni a finanszírozónak.

(2)⁴⁵⁹

49. §⁴⁶⁰ Az 5. számú melléklet tartalmazza a gyógyító-megelőző ellátások jogcímei éves előírányzatait ellátási formák szerinti bontásban. Az ellátási formákra külön soron feltüntetett

előirányzatok jogcímenként együttesen is kezelhetők. Az egyes jogcímekhez tartozó ellátási formák között az OEP főigazgató kezdeményezésére az egészségbiztosításért felelős miniszter átcsoportosíthat azzal, hogy a jogcímek előirányzata nem változhat.

50. §⁴⁶¹ Az irányított betegellátási rendszerben történő kifizetésekre az irányított betegellátási rendszerről szóló kormányrendelet⁴⁶² rendelkezéseit kell alkalmazni.

IV/A.⁴⁶³

UNIÓS BETEG RÉSZÉRE MEGÁLLAPÍTOTT BELFÖLDI KÖLTSÉGMÉRTÉK

50/A. §⁴⁶⁴ (1) Az egészségügyi szolgáltató az uniós beteg részére végzett ellátások elszámolási összegének meghatározásakor az E. Alap elszámolási szabályait a következők figyelembevételével alkalmazza:

a) a havi változó díjjal elszámolt ellátások esetén az ellátás tárgyhónapját megelőző harmadik hónap teljesítményének elszámolásakor meghatározott országos díjat kell alkalmazni,

b) a háziorvosi ellátásban – az a) pontban foglaltakat is figyelembe véve – a 13. § (1) bekezdése szerinti eseti ellátási díjazást kell alkalmazni,

c) a fekvőbeteg-szakellátást, a járóbeteg-szakellátást a kihirdetett alapidíjjal kell elszámolni,

d) a fogászati ellátás során elvégzett, 0 pont értékkel kihirdetett beavatkozásokat az ellátás tárgyhónapját megelőző harmadik hónapra országosan elszámolt, a 22. § (4)–(5) bekezdése szerinti finanszírozási összeg és az elszámolt 0 pontértékű fogászati ellátások száma alapján képzett hányados értékének megfelelően kell elszámolni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti díjakat az OEP minden hónap 21. napjáig a honlapján közzéteszi.

(3) Az R. 1. és 1/A. számú melléklete szerinti, az OEP által természetben biztosított egyszerhasználatos eszközök, implantátumok és hatóanyagok nem használhatóak fel az uniós beteg részére, azokat az egészségügyi szolgáltatónak kell biztosítania.

50/B. § Az egészségügyi szolgáltató által saját beszerzésből biztosított, az R. 1. számú melléklete szerinti eszköz vagy tételes elszámolás alá eső egyszerhasználatos eszköz és implantátum uniós beteg részére történő alkalmazása esetén – a részére történő elszámolásban – az egészségügyi szolgáltató saját beszerzésének megfelelő költségmértéket kell alkalmazni.

50/C. §⁴⁶⁵

50/D. §⁴⁶⁶

50/E. §⁴⁶⁷

V.

ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

51. §⁴⁶⁸

52. § (1)⁴⁶⁹ E rendelet – a (2) bekezdés kivételével – a kihirdetését követő 5. napon lép hatályba, rendelkezéseit 1999. április 1-jétől kell alkalmazni.

(2)⁴⁷⁰ A 25. § (3) bekezdése 1999. július 1. napján lép hatályba.

(3)–(10)⁴⁷¹

(11)⁴⁷²

53. §⁴⁷³ Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 166/2010. (V. 11.) Korm. rendelet 4. §-ával megállapított 37. § (5) bekezdés *e*) pontja a 2010. március havi teljesítmények elszámolásától alkalmazható.

54. §⁴⁷⁴ Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 166/2010. (V. 11.) Korm. rendelet 2. §-ával megállapított 12/A. § szerinti díjat első alkalommal a 2010. október havi kifizetéseknél kell utalványozni.

55. §⁴⁷⁵

56. §⁴⁷⁶ (1) Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet módosításáról szóló 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet 18. § 44. pontjával megállapított 37. § (5) bekezdés *d*) pontja a 00001 kódszámú ápolási tevékenységet nyújtó és a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályon kezelt betegek ellátásának finanszírozása tekintetében a 2011. január havi teljesítmények elszámolásától alkalmazható.

(2) Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet módosításáról szóló 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet 18. § 11. pontjával megállapított 12/A. § (2) bekezdése szerinti negyedéves rendszer szerinti díjazásra első alkalommal 2011. szeptemberben kerül sor.

(3)⁴⁷⁷ Az egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 73/2011. (IV. 29.) Korm. rendelettel megállapított 11. § (2) bekezdése és 12/A. § (1) bekezdése szerinti értékelésre 2011. áprilistól kerül sor.

(4)⁴⁷⁸ Az egyes egészségbiztosítási és egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 139/2011. (VII. 21.) Korm. rendelettel megállapított 27/A. § (4) bekezdése szerint az OEP hivatalból felülvizsgálja és szükség szerint módosítja a 27/A. § (1) bekezdés *b*) pontja alapján a 2011. évben megállapított TVK módosítást.

(5)⁴⁷⁹ Az egyes egészségbiztosítási és egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 139/2011. (VII. 21.) Korm. rendelettel megállapított 31. § (1) bekezdése szerint az OEP a gondozóintézeti gondozás nyújtására érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező

egészségügyi szolgáltatók részére 2011. november és december hónapra a 2011. október 31-én hatályos 31. § szerint teljesíti a finanszírozást.

(6)⁴⁸⁰ Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 263/2011. (XII. 13.) Korm. rendelet 4. §-ával megállapított 13. § (4) bekezdésében és 18. § (1) bekezdésében foglaltakat első alkalommal a 2011. november havi díjak elszámolásánál kell alkalmazni. Az OEP a háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók részére 2011. december hónapban kifizeti a 2011. október havi teljesítmények után járó, a 4/A. § (4) bekezdése, a 11–12. § és a 13. § alapján megállapított díjakat.

(7)⁴⁸¹ Az egyes egészségbiztosítási és egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 325/2011. (XII. 28.) Korm. rendelettel (a továbbiakban: Mód. kormányrendelet) megállapított 4. § (2) bekezdése szerinti jelentést 2012. március hónaptól kötelezően alkalmaznia kell minden egészségügyi szolgáltatónak.

(7)⁴⁸²

(8)⁴⁸³ A Mód. kormányrendelettel megállapított 28. § (4) bekezdését a 29/A. § szerinti ellátásra vonatkozóan első alkalommal a 2011. november havi díjak elszámolásánál kell alkalmazni. Az OEP a 29/A. § szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók részére 2011. december hónapban kifizeti a 2011. október havi teljesítmények után járó díjat.

(8)⁴⁸⁴

(9)⁴⁸⁵ A Mód. kormányrendelettel megállapított 35. § (9) bekezdésében meghatározott rehabilitációs és szakápolási tevékenységek arányát 2012. március hónaptól kell alkalmazni.

(10)⁴⁸⁶ Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 47/2012. (III. 28.) Korm. rendelettel megállapított 12/A. § (2) bekezdése szerint első ízben a 2012. áprilisi teljesítmények kerülnek értékelésre, melyek díjazására 2012 júliusában kerül sor.

57. §⁴⁸⁷ (1) Ha az egészségügyi szolgáltatónál 2012. június 30-ával az aktív fekvőbeteg-szakellátó tevékenység, illetve egy vagy több finanszírozott aktív fekvőbeteg-szakellátási szakma szűnik meg, a finanszírozási év még hátralévő részére a szolgáltató rendelkezésére álló aktív fekvőbeteg-szakellátási TVK-t módosítani kell a következő szabályok szerint:

a) amennyiben a szolgáltató a 29. számú melléklet szerinti megszűnő szakmáján, szakmáin a megszűnést megelőzően egynapos sebészeti ellátást is nyújthatott, azonos szakmában a szakmai szabályok betartásával, működési engedély alapján egynapos sebészeti ellátás nyújtására jogosult. A szolgáltató az R. 9. számú melléklete szerinti beavatkozásoknak a 2011. finanszírozási évben a 29. számú melléklet szerinti megszűnő szakmáján, szakmáin jelentett és elszámolható teljesítményének 80%-a alapján jogosult időarányos TVK-ra,

b) az a) pont szerint csökkentett, a 29. számú melléklet szerinti megszűnő szakmára, szakmákra eső TVK 50%-át a finanszírozó a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (a továbbiakban: GYEMSZI) javaslata alapján osztja fel a feladatot átvevő egészségügyi szolgáltatók között az átvett feladat arányában,

c) az a) és b) pont szerint csökkentett, a 29. számú melléklet szerinti megszűnő szakmára, szakmákra eső TVK maradékát a struktúraváltás elősegítésére kell felhasználni,

d) az egészségügyi szolgáltató a)–c) pontban nem érintett megszűnő szakmai TVK-jának

da) 50%-át a finanszírozó a GYEMSZI javaslata alapján osztja fel a feladatot átvevő egészségügyi szolgáltatók között az átvett feladat arányában,

db) a da) alpont szerinti felosztás után fennmaradó részből, ha az egészségügyi szolgáltató a megszűnő szakmával, szakmákkal azonos szakmában, szakmákban járóbeteg-szakellátást is nyújt, a 2011. finanszírozási évben az érintett járóbeteg-szakellátási szakmában jelentett és elszámolható teljesítménye TVK feletti mértékének megfelelően, időarányosan, de maximum a járóbeteg-szakellátási TVK-ja 20%-ának megfelelő TVK emelésben részesül,

dc) a da) és db) alpont szerinti felosztása utáni TVK maradványt a struktúraváltás elősegítésére kell felhasználni.

(2) Az (1) bekezdés alkalmazásánál a megszűnő finanszírozott aktív fekvőbeteg-szakellátásban a szakmához tartozó TVK mennyiségét a 2011. finanszírozási évben az érintett szakma szerinti osztályról jelentett és elszámolható teljesítmény arányában kell meghatározni, viszonyítva az egészségügyi szolgáltató által az aktív fekvőbeteg-szakellátásban jelentett és elszámolható összteljesítményéhez.

58. §⁴⁸⁸ (1) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató krónikus fekvőbeteg-szakellátási kapacitása 2012. június 30-ával csökken, akkor a (2) bekezdésben foglaltakra is figyelemmel többlet TVK-ban részesül. Ha a 2011. finanszírozási év ágykihasználtságának figyelembevételével a kapacitáscsökkenés nagyobb mértékű a kihasználatlan kapacitásnál, akkor a kettő különbözete alapján kifizetett összeg mértékének megfelelő időarányos többlet TVK-ban részesül, amely az egészségügyi szolgáltató választása szerint egynapos sebészeti ellátásra vagy járóbeteg-szakellátásra váltható át.

(2) Ha az egészségügyi szolgáltató krónikus fekvőbeteg-szakellátási kapacitása a GYEMSZI tájékoztatása alapján azért csökken, mert a feladatot más egészségügyi szolgáltató veszi át, az átadó szolgáltató nem jogosult az átadott feladat után TVK növekményre.

59. §⁴⁸⁹ (1)⁴⁹⁰ Azon egészségügyi szolgáltató, amelynek a székhelyén vagy a telephelyén 2012. június 30-ával a szakmai minimumfeltételek szerinti sürgősségi ellátáshoz szükséges aktív fekvőbeteg-szakellátó tevékenysége vagy szakmája, szakmai megszűntek, de a megszűnő szakmájában, szakmaiban a székhelyén vagy az adott telephelyen járóbeteg-szakellátási tevékenységet végez, és a biztosítottak számára folyamatosan rendelkezésre áll az erre vonatkozó jogerős működési engedély szerint, az R.-ben meghatározott fix összegű díjra jogosult a megállapított TVK-ján felül, feltéve, hogy a szolgáltató a székhely vagy az adott telephely szerinti településen lévő másik telephelyén vagy székhelyén sem végez a megszűnő szakmában, szakmaiban aktív fekvőbeteg-szakellátó tevékenységet.

(1a)⁴⁹¹ Az (1) bekezdés szerinti fix összegű díjazás fedezetére az 5. számú melléklet szerinti Összevont szakellátás jogcím előirányzata szolgál.

(1b)⁴⁹² Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltatónak az (1) bekezdésben foglaltak szerint a csecsemő- és gyermekgyógyászat szakmában szűnt meg az aktív fekvőbeteg-

szakellátó tevékenysége, de ebben a szakmában a székhelyén vagy az adott telephelyen járóbeteg-szakellátási tevékenységet végez és a biztosítottak számára folyamatosan rendelkezésre áll, az (1) bekezdésben foglaltakat megfelelően alkalmazni kell, azzal, hogy az egészségügyi szolgáltató csak az egyik jogcímen jogosult díjazásra.

(2)⁴⁹³

60. §⁴⁹⁴ (1) A 2012. június 30-ával megszűnő aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az általános szabályok szerint jogosult a 2012. június 30-áig elvégzett, a finanszírozónak lejelentett és a finanszírozó által elismert teljesítménye szerinti díjazásra, az e §-ban foglaltak megfelelő alkalmazásával.

(2) Ha az aktív fekvőbeteg-szakellátás megszűnése esetén a megszűnést megelőzően felvett biztosítottak a kezelése nem fejeződött be, az adott ellátási eseményre irányadó normatív ápolási idő figyelembevételével jogosult az egészségügyi szolgáltató az elszámolható teljesítmény után járó díjazásra azzal, hogy 2012. július 31-e után egynapos ellátás kivételével aktív fekvőbeteg-szakellátást nem végezhet.

(3) Amennyiben az egészségügyi szolgáltatónál az aktív fekvőbeteg-szakellátási feladat finanszírozása 2012. június 30-ával megszűnik, a kizárólag krónikus fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az egészségbiztosításért felelős miniszter engedélye alapján jogosult az általa 2012. július 31-éig nyújtott sürgősségi ellátás külön jogszabály szerinti finanszírozására, amennyiben azt az azonnali ellátás indokolta és a biztosított másik egészségügyi szolgáltatóhoz történő átirányítása helyrehozhatatlan egészségkárosodással járt volna. A szolgáltató a finanszírozás iránti igényét részletes költségkimutatással és szakmai indokolással együtt az adott ellátás befejezését követő 15 napon belül nyújthatja be az OEP-nek. Az OEP a szakmai javaslatával ellátott igényt a benyújtástól számított 15 napon belül megküldi az egészségbiztosításért felelős miniszter részére. A miniszter engedélye alapján az OEP a jóváhagyott összeget az általános szabályok szerint utalványozza.

(4) Amennyiben egy vagy több szakma megszűnése esetén a megszűnést megelőzően felvett biztosítottak a kezelése nem fejeződött be, az adott ellátási eseményre irányadó normatív ápolási idő figyelembevételével jogosult az egészségügyi szolgáltató az elszámolható teljesítmény után járó díjazásra, azzal, hogy az egészségügyi szolgáltató 2012. július 31-e után megszűnt szakmában, szakmákban egynapos ellátás kivételével egyéb aktív fekvőbeteg-szakellátást nem végezhet.

(5) A 2012. július 1-jétől a szülészeti ellátásért finanszírozásban nem részesülő egészségügyi szolgáltatónál szülésre előjegyzésbe vett biztosított számára a szülés igénybevétele céljából a biztosított ellátására 2012. július 1-jétől területileg kötelezett egészségügyi szolgáltató köteles biztosítani annak lehetőségét, hogy a biztosított által választott orvos végezze a szülészeti ellátást. Amennyiben a biztosított orvos nem alkalmazottja a biztosított ellátására kötelezett szolgáltatónak, az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvénynek a szabadfoglalkozású jogviszony keretében történő foglalkoztatásra vonatkozó rendelkezéseit kell alkalmazni.

(6) Az Ebtv. 19. § (3) bekezdése és 23. § b) pontja alkalmazásában nem minősül orvosválasztásnak, ha az 57. § (1) és (2) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltatónál vagy szervezeti egységnél a szülésre előjegyzésbe vett biztosított a szülés vagy azzal kapcsolatos ellátás igénybevétele céljából a szülést követő harmadik hónap végéig egy másik

egészségügyi szolgáltató orvosát keresi fel. Ebben az esetben nem kell alkalmazni az Ebtv. 23. § d) és e) pontját sem.

(7) Amennyiben a finanszírozott fekvőbeteg-szakellátási feladat a struktúraváltás alapján egy vagy több másik egészségügyi szolgáltató ellátási kötelezettsége körébe kerül, a feladatot átvevő egészségügyi szolgáltató kérelmére finanszírozási előlegre jogosult.

61. §⁴⁹⁵ (1) Az egészségügyi államigazgatási szerv által megállapított kapacitás-felosztáshoz és módosításhoz kapcsolódóan nem alkalmazható a 27/A. § (1) bekezdés a), c), d) pontja, (4a) és (6) bekezdése.

(2) Az egészségügyi szolgáltatók megnevezését és a módosított TVK-jukat a finanszírozó a honlapján 2012. július 10-éig közzéteszi.

62. §⁴⁹⁶ (1) Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 137/2012. (VI. 29.) Korm. rendelet 17. § (2) bekezdésével megállapított 27. § (7) bekezdése szerint kiegészített TVK mentesítés miatt annak az egészségügyi szolgáltatónak a TVK-ját, amely olyan fekvőbeteg-szakellátást végez, amely érintett a kiegészített TVK mentesítésben, a finanszírozó 2012. július 1-jével időarányosan és az egészségügyi szolgáltató által a 2011. május 1-jétől 2012. április 30-áig végzett ellátás arányában csökkenti.

(2)⁴⁹⁷

63. §⁴⁹⁸ (1) Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2012. évi LXXIX. törvénnyel megállapított, az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 11/A. §-a, 29-31. §-a, továbbá 1–3. melléklete alapján az alkalmazott egészségügyi dolgozók, valamint a Kormány által rendeletben meghatározott egyes egészségügyben dolgozók számára meghatározott visszamenőleges, illetve havonta megillető folyamatos bérnövelés fedezetéül szolgáló támogatás összegét a külön kormányrendelet szerinti adatszolgáltatás és eljárás szerint az OEP utalványozza a finanszírozott egészségügyi szolgáltatók számára, a részére átadott adatok alapján.

(2) Az (1) bekezdés szerinti bérnövelésre az 5. számú melléklet szerinti Célelőirányzatok jogcímen belül a Visszamenőleges, illetve folyamatos illetmény és bérnövelésre szolgáló fedezet előirányzata szolgál.

64. §⁴⁹⁹ (1) A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók fenntartóik útján, az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott és az általa vezetett minisztérium honlapján közzétett határidőig egyedi támogatás iránti kérelmet nyújthatnak be az egészségügyért felelős miniszter részére, az 5. számú melléklet szerinti, az intézmények állami tulajdonba vételével és a struktúraátalakítással kapcsolatosan felmerülő költségek egyszeri támogatására szolgáló fedezet előirányzata terhére, a (2) bekezdés szerinti célok megvalósítása érdekében.

(2) Az egészségügyért felelős miniszter – az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével – a rendelkezésre álló összeg erejéig engedélyezi a fenntartók által megjelölt egészségügyi szolgáltatók részére a támogatásnak az egészségügyi szolgáltató és az OEP között kötött támogatási szerződés alapján történő, OEP általi utalványozását az egészségügyi

ellátórendszer 2012. január 1-jétől megkezdődött struktúraátalakításával összefüggésben, az alábbi célok megvalósítása érdekében:

a) a 2012. június 1-jétől előírt új, szakmai tárgyi minimumfeltételek biztosítása,

b) az egészségügyi szolgáltatás céljára szolgáló ingatlan felújítása,

c) az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggő fejlesztés,

d) a betegek komfortérzetének javítását szolgáló fejlesztés.

(3) Az egészségügyért felelős miniszter a (2) bekezdés szerinti döntés meghozatala során a (2) bekezdés a) és b) pontja szerinti célok teljesítését szolgáló kérelmeket előnyben részesíti a (2) bekezdés c) és d) pontja szerinti célok teljesítését szolgáló kérelmekhez képest. Az egészségügyért felelős miniszter a rendelkezésre álló összeg kimerülése esetén a támogatásra rendelkezésre álló összegen felüli kérelmeket elutasítja.

(4)⁵⁰⁰ Az (1) és (2) bekezdés szerinti támogatást az egészségügyi szolgáltató 2013. december 31-ig használhatja fel, és annak az e rendelet szerinti felhasználásáról 2014. március 1-jéig az egészségügyi szolgáltató fenntartója útján számol el az egészségügyért felelős miniszter és az OEP felé. Az elszámolás eredményéről a Kormányzati Ellenőrzési Hivatalt (a továbbiakban: KEHI) az egészségügyért felelős miniszter tájékoztatja.

(5)⁵⁰¹ A támogatás jogszerű felhasználását a KEHI 2014. június 30-áig ellenőrzi. Az egészségügyi szolgáltató köteles a támogatás felhasználását alátámasztó valamennyi dokumentumot megőrizni a számvitelre vonatkozó törvényben meghatározott ideig, és azokat a KEHI ellenőrzéséhez rendelkezésre bocsátani. Az ellenőrzés eredményéről a KEHI 2014. augusztus 31-éig tájékoztatja az egészségügyért felelős minisztert. A KEHI ellenőrzése eredményeképpen feltárt, a támogatás felhasználásával kapcsolatos szabálytalanságok esetén visszatérítendő összeg mértékét és a visszatérítés határidejét a KEHI tájékoztatása alapján az egészségügyért felelős miniszter állapítja meg.

65. §⁵⁰² Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 259/2012. (IX. 14.) Korm. rendelettel megállapított 23. § (1) és (3)–(4) bekezdésében foglaltakat a 2012. november havi kifizetésektől kell alkalmazni.

66. §⁵⁰³ Az 59. §-nak az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, valamint az ivóvíz minőségi követelményeiről és az ellenőrzés rendjéről szóló 201/2001. (X. 25.) Korm. rendelet módosításáról szóló 288/2012. (X. 11.) Korm. rendelettel megállapított (1) bekezdését a 2012. október 1-jén jogerős működési engedély alapján folyamatosan rendelkezésre álló szolgáltatók tekintetében 2012. október 1-jétől kell alkalmazni.

67. §⁵⁰⁴ (1) Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló kormányrendelet, valamint egyéb egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 308/2012. (XI. 6.) Korm. rendelettel (a továbbiakban: Módr.) megállapított 27. § (10) bekezdésének alkalmazásánál a 2013. finanszírozási évre vonatkozó TVK megállapításáig a járóbeteg-szakellátás tekintetében a szolgáltató részére a finanszírozási évet követő hónapokra vonatkozó havi TVK meghatározásánál a 28. számú melléklet A. pont 1–2. alpontja alapján a

miniszteri tartalék terhére – a struktúraváltáshoz kapcsolódó tartalékkapacitás terhére létrehozott nappali ellátás és járóbeteg-szakellátás fejlesztésére – biztosított növekmény mértékét a szolgáltató TVK-jából nem kell levonni.

(2) Abban az esetben, ha a Módr. hatálybalépése⁵⁰⁵ előtt megállapításra került a szolgáltatók részére a 2012. évi finanszírozási évet követő hónapra vonatkozó havi TVK, azt a Módr. hatálybalépését követő 5 napon belül a 27. § (10) bekezdésében és az (1) bekezdésben foglaltak alapján felül kell vizsgálni és szükség szerint módosítani kell.

68. §⁵⁰⁶ (1) Az érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező, a 20. § szerint díjazásban részesülő, orvossal működtetett iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálatok a 2012. december havi finanszírozásuk 28 százalékának megfelelő összegű egyszeri díjazásban részesülnek, amelyet az OEP az érintett egészségügyi szolgáltatók részére 2012. december hónapban fizet ki.

(2) Az egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeleteknek az egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók 2012. évi illetmény- vagy bérnövelésével összefüggő módosításáról szóló 338/2012. (XII. 4.) Korm. rendelettel megállapított 20. § (3) bekezdésében foglaltakat a 2013. január havi kifizetésektől kell alkalmazni.

69. §⁵⁰⁷ (1) Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 447/2012. (XII. 29.) Korm. rendelettel megállapított 27. § (9a) bekezdését az annak hatálybalépésekor⁵⁰⁸ folyamatban lévő ügyekre is alkalmazni kell, azzal, hogy az ügy folyamatban lévőknek minősül annak a hónapnak a végéig, amelyik hónapban az átcsoportosított TVK terhére elszámolt teljesítmény az érintett szolgáltató részére kifizetésre került.

(2) Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 447/2012. (XII. 29.) Korm. rendelettel megállapított 35. § (13) bekezdése szerinti díjak első alkalommal a 2012. november havi teljesítmények alapján 2013 januárjában kerülnek kifizetésre.

70. §⁵⁰⁹ Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 447/2012. (XII. 29.) Korm. rendelettel megállapított 23. § (1) bekezdésében foglaltakat első alkalommal a 2012. december 31-i állapot igazolásánál, illetve az ez alapján módosításra kerülő finanszírozási szerződések esetében kell alkalmazni.

71. §⁵¹⁰ Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 447/2012. (XII. 29.) Korm. rendelettel megállapított 27. § (3a) bekezdése alapján módosított finanszírozási szerződésekben meghatározott TVK az e rendeletben foglalt esetekben az általános szabályok szerint módosítható.

72. §⁵¹¹ Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 447/2012. (XII. 29.) Korm. rendelettel megállapított 28. § (1a) és (1b) bekezdésében foglaltakat első alkalommal a 2013. január havi teljesítmények elszámolásánál kell alkalmazni.

73. §⁵¹² Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 447/2012. (XII. 29.) Korm. rendelettel megállapított 28/B. § (1) és (2) bekezdése szerinti díjazás első alkalommal 2013 januárjában kerül kifizetésre.

74. §⁵¹³ (1) A 2014. finanszírozási évre vonatkozó TVK meghatározása során a finanszírozó megvizsgálja, hogy az egészségügyi szolgáltató gondozóintézeti, illetve gondozást végző részlegeinek 2013. finanszírozási évi teljesítménye az azt megelőző finanszírozási évhez képest legalább az egyes egészségbiztosítási és egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 125/2013. (IV. 26.) Korm. rendelettel (a továbbiakban: Módr2.) megállapított 27. § (3c) bekezdése szerint biztosított TVK (e § alkalmazásában a továbbiakban: többlet TVK) mértékének megfelelő növekedést mutat-e. A 2013. finanszírozási évre biztosított többlet TVK nem épül be az egészségügyi szolgáltató 2014. finanszírozási évre vonatkozó járóbeteg-szakellátási TVK-jába, amennyiben a finanszírozó a megfelelő növekedést nem állapítja meg.

(2) Az (1) bekezdés szerinti eljárás során a 2014. finanszírozási évre vonatkozó járóbeteg-szakellátási TVK-ba be nem épülő többlet TVK azon egészségügyi szolgáltatók között kerül felosztásra – az (1) bekezdés szerint megállapított növekedés mértékének arányában –, amelyek esetében a finanszírozó a megfelelő növekedést megállapította.

75. §⁵¹⁴ A Módr2.-vel megállapított 28/A. § (3) bekezdésében foglaltakat a 2013. január 1-jétől a Módr2. hatálybalépéséig⁵¹⁵ terjedő időszakra járó díjazás tekintetében is alkalmazni kell.

76. §⁵¹⁶ Az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelettel megállapított 21. § (4) bekezdésében meghatározott, a 21. § (4) bekezdése szerinti havi díjazás 12%-ának megfelelő összeg a védőnőt – a 2013. június 30-ával öt megillető díjazásán felül – első alkalommal a 2013. július hónapra járó díjazásával illeti meg, amennyiben ezen összeget eddig az időpontig nem fordították a védőnő díjazására.

76/A. §⁵¹⁷ (1) Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 362/2013. (X. 11.) Korm. rendelettel (a továbbiakban: Módr4.) megállapított 19. § (3) bekezdésében, 20. § (3) bekezdésében, 21. § (10)–(11) bekezdésében, 21/A. §-ban, 23. § (1), (3) és (4) bekezdésében foglaltakat a 2013. november havi kifizetésektől kell alkalmazni.

(2) A 2013. november 1-jén hatályos finanszírozási szerződéssel rendelkező háziorvosi, háziorvosi ügyeleti, védőnői, iskola-egészségügyi, fogászati, fogászati ügyeleti és a 21/A. § szerinti egészségügyi szolgáltatókat 2013 novemberében egyszeri díjazás illeti meg, amelynek mértéke azonos az adott szolgáltató 2013. november havi finanszírozásának a Módr4.-gyel érintett díjai 10 havi összegének és a 2013. január–október hónapok között részére kifizetett, a Módr4.-gyel érintett finanszírozási díjai összegének a különbözetével.

(3) A védőnői szolgáltató a (2) bekezdés szerinti egyszeri díjazás összegét a védőnő egyszeri kiegészítő díjazására köteles fordítani.

(4) A védőnői szolgáltató a 2013. november hónapra és 2013. október hónapra járó finanszírozási díjainak – ide nem értve a (2) és a (3) bekezdés szerinti egyszeri díjazás összegét – különbözetével köteles a védőnő havi díjazását megemelni, első alkalommal a 2013. november hónapra járó díjazásával egyidejűleg.

77. §⁵¹⁸ Ez a rendelet a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011. március 9-i 2011/24/EU európai parlamenti és tanácsi irányelvnek való megfelelést szolgálja.

1. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵¹⁹

2. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

A)⁵²⁰

VÁLTOZÁSJELENTÉS A BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK NYILVÁNTARTÁSÁRÓL

Jelentési időszak: 199... év hó

Szolgáltató OEP kódja:

Szolgáltató neve:

helység (irányítószámmal):

utca/szám:

Háziorvosi szolgálat kódja:

Háziorvos kódja, neve:

Helyettesítés esetén

Helyettesítő orvos kódja, neve:

Helyettesítés kezdete :

Páciens regiszter sorszáma	Biztosított		Társadalombiztosítási Azonosító Jel	Változás ideje (év, hó, nap)	Változás oka
	neve	születési ideje (év, hó, nap)			

Változás lehetséges okai

K1 Kijelenkezett – átjel

K2 Kijelenkezett – átjel

K3 Kijelenkeztetett – m

K4 Kijelenkeztetett – ér

B5 Bejelentkezett – újon

B6 Bejelentkezett – átje

Tárgyhónapban a rendelőben ellátottak száma: fő,

lakáson ellátottak száma: (orvos által): fő, (ápoló által): fő

Dátum: év hó nap

.....
szolgáltató (működtető)

B)⁵²¹

3. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵²²

Degresszió alkalmazása a teljesítménydíj-fizetés alapjául szolgáló pontszám megállapításánál

A)⁵²³ Háziiorvosi ellátás

Amennyiben a tárgyhónapban készített összesítő jelentés szerinti biztosítottak utáni korcsoportonkénti pontszám összege a 2400 (vegyes praxisnál a 2600) pontot meghaladja, a díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot az alábbi képlet, illetve táblázat alapján kell meghatározni:

$$d = \sqrt{h \times n}$$

ahol

d = degresszióval korrigált pontszám

h = pontszám határérték

1. felnőtt és gyermek szolgálat esetén 2400

2. vegyes szolgálat esetén 2600

3. degresszió alól mentesített szolgálat esetén a szerződés szerint

4. szakorvosjelölt alkalmazása esetén az 1., illetve 2. pont szerinti határértéknek legfeljebb 1200 ponttal növelt összege

n = TAJ-számmal nyilvántartásba vett biztosítottak korcsoportonkénti pontszám összege.

B) Háziiorvosi ellátás praxisközösségben

A degresszió szerinti korrekció praxisközösség esetén a közösségben levő háziiorvosi szolgálatok, és az alkalmazott szakorvosjelöltek számától függően az alábbiak szerint változik:

$$d = \sqrt{[(m \times h) + j] \times n}$$

ahol

m = háziiorvosi szolgálatok száma

h = A) pont szerint

j = szakorvosjelölt(ek) alkalmazása esetén a szolgálatonkénti munkaidő alapján figyelembe vehető pontszám.

A teljesítményarányos díj kiszámításához a degresszióval korrigált pontszámértékeket kell szorozni a 11. § (13) bekezdése szerinti, illetve 14. § (3) bekezdése szerint számított szakképesítési szorzóval.

C) Fogászati ellátás

A korcsoportos degresszió számítása a fogászati alapellátásban 6000 korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám felett

$$d = \sqrt{6000 \times n}$$

ahol

d = degresszióval számolt korrigált korcsoportos pontszám

n = területi kötelezettséggel ellátott lakosok számának korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontértéke.

(Kiegészítés a 3. számú melléklethez)

DEGRESSZIÓS TÁBLÁZAT

2400

Pont- szám	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	1
2400	2 400,0	2 405,0	2 410,0	2 415,0	2 419,9	2 424,9	2 429,8	2 434,7	2 439,7	2 444,6	0,5
2500	2 449,5	2 454,4	2 459,3	2 464,1	2 469,0	2 473,9	2 478,7	2 483,5	2 488,4	2 493,2	0,5
2600	2 498,0	2 502,8	2 507,6	2 512,4	2 517,1	2 521,9	2 526,7	2 531,4	2 536,1	2 540,9	0,5
2700	2 545,6	2 550,3	2 555,0	2 559,7	2 564,4	2 569,0	2 573,7	2 578,4	2 583,0	2 587,7	0,5
2800	2 592,3	2 596,9	2 601,5	2 606,1	2 610,7	2 615,3	2 619,9	2 624,5	2 629,1	2 633,6	0,5
2900	2 638,2	2 642,7	2 647,3	2 651,8	2 656,3	2 660,8	2 665,3	2 669,8	2 674,3	2 678,8	0,5
3000	2 683,3	2 687,7	2 692,2	2 696,7	2 701,1	2 705,5	2 710,0	2 714,4	2 718,8	2 723,2	0,4
3100	2 727,6	2 732,0	2 736,4	2 740,8	2 745,2	2 749,5	2 753,9	2 758,3	2 762,6	2 766,9	0,4
3200	2 771,3	2 775,6	2 779,9	2 784,2	2 788,5	2 792,8	2 797,1	2 801,4	2 805,7	2 810,0	0,4
3300	2 814,2	2 818,5	2 822,8	2 827,0	2 831,3	2 835,5	2 839,7	2 843,9	2 848,2	2 852,4	0,4
3400	2 856,6	2 860,8	2 865,0	2 869,1	2 873,3	2 877,5	2 881,7	2 885,8	2 890,0	2 894,1	0,4
3500	2 898,3	2 902,4	2 906,5	2 910,7	2 914,8	2 918,9	2 923,0	2 927,1	2 931,2	2 935,3	0,4
3600	2 939,4	2 943,5	2 947,5	2 951,6	2 955,7	2 959,7	2 963,8	2 967,8	2 971,9	2 975,9	0,4

3700 2 979,9 2 984,0 2 988,0 2 992,0 2 996,0 3 000,0 3 004,0 3 008,0 3 012,0 3 016,0 0,4
3800 3 019,9 3 023,9 3 027,9 3 031,8 3 035,8 3 039,7 3 043,7 3 047,6 3 051,6 3 055,5 0,4
3900 3 059,4 3 063,3 3 067,2 3 071,2 3 075,1 3 079,0 3 082,9 3 086,7 3 090,6 3 094,5 0,4
4000 3 098,4 3 102,3 3 106,1 3 110,0 3 113,8 3 117,7 3 121,5 3 125,4 3 129,2 3 133,0 0,4
4100 3 136,9 3 140,7 3 144,5 3 148,3 3 152,1 3 155,9 3 159,7 3 163,5 3 167,3 3 171,1 0,4
4200 3 174,9 3 178,7 3 182,5 3 186,2 3 190,0 3 193,7 3 197,5 3 201,2 3 205,0 3 208,7 0,4
4300 3 212,5 3 216,2 3 219,9 3 223,7 3 227,4 3 231,1 3 234,8 3 238,5 3 242,2 3 245,9 0,4
4400 3 249,6 3 253,3 3 257,0 3 260,7 3 264,4 3 268,0 3 271,7 3 275,4 3 279,0 3 282,7 0,4
4500 3 286,3 3 290,0 3 293,6 3 297,3 3 300,9 3 304,5 3 308,2 3 311,8 3 315,4 3 319,0 0,4
4600 3 322,6 3 326,3 3 329,9 3 333,5 3 337,1 3 340,7 3 344,2 3 347,8 3 351,4 3 355,0 0,4
4700 3 358,6 3 362,1 3 365,7 3 369,3 3 372,8 3 376,4 3 379,9 3 383,5 3 387,0 3 390,6 0,4
4800 3 394,1 3 397,6 3 401,2 3 404,7 3 408,2 3 411,7 3 415,3 3 418,8 3 422,3 3 425,8 0,4
4900 3 429,3 3 432,8 3 436,3 3 439,8 3 443,3 3 446,7 3 450,2 3 453,7 3 457,2 3 460,6 0,3
5000 3 464,1 3 467,6 3 471,0 3 474,5 3 477,9 3 481,4 3 484,8 3 488,3 3 491,7 3 495,1 0,3
5100 3 498,6 3 502,0 3 505,4 3 508,8 3 512,3 3 515,7 3 519,1 3 522,5 3 525,9 3 529,3 0,3
5200 3 532,7 3 536,1 3 539,5 3 542,9 3 546,3 3 549,6 3 553,0 3 556,4 3 559,8 3 563,1 0,3
5300 3 566,5 3 569,9 3 573,2 3 576,6 3 579,9 3 583,3 3 586,6 3 590,0 3 593,3 3 596,7 0,3
5400 3 600,0 3 603,3 3 606,7 3 610,0 3 613,3 3 616,6 3 619,9 3 623,3 3 626,6 3 629,9 0,3

(Kiegészítés a 3. számú melléklethez)

DEGRESSZIÓS TÁBLÁZAT

6000

Pont- szám	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	1
6000	6 000,0	6 005,0	6 010,0	6 015,0	6 020,0	6 024,9	6 029,9	6 034,9	6 039,9	6 044,8	0,5

6100 6 049,8 6 054,8 6 059,7 6 064,7 6 069,6 6 074,5 6 079,5 6 084,4 6 089,3 6 094,3 0,5
6200 6 099,2 6 104,1 6 109,0 6 113,9 6 118,8 6 123,7 6 128,6 6 133,5 6 138,4 6 143,3 0,5
6300 6 148,2 6 153,0 6 157,9 6 162,8 6 167,7 6 172,5 6 177,4 6 182,2 6 187,1 6 191,9 0,5
6400 6 196,8 6 201,6 6 206,4 6 211,3 6 216,1 6 220,9 6 225,8 6 230,6 6 235,4 6 240,2 0,5
6500 6 245,0 6 249,8 6 254,6 6 259,4 6 264,2 6 269,0 6 273,8 6 278,5 6 283,3 6 288,1 0,5
6600 6 292,9 6 297,6 6 302,4 6 307,1 6 311,9 6 316,6 6 321,4 6 326,1 6 330,9 6 335,6 0,5
6700 6 340,3 6 345,1 6 349,8 6 354,5 6 359,2 6 364,0 6 368,7 6 373,4 6 378,1 6 382,8 0,5
6800 6 387,5 6 392,2 6 396,9 6 401,6 6 406,2 6 410,9 6 415,6 6 420,3 6 425,0 6 429,6 0,5
6900 6 434,3 6 438,9 6 443,6 6 448,3 6 452,9 6 457,6 6 462,2 6 466,8 6 471,5 6 476,1 0,5
7000 6 480,7 6 485,4 6 490,0 6 494,6 6 499,2 6 503,8 6 508,5 6 513,1 6 517,7 6 522,3 0,5
7100 6 526,9 6 531,5 6 536,1 6 540,6 6 545,2 6 549,8 6 554,4 6 559,0 6 563,5 6 568,1 0,5
7200 6 572,7 6 577,2 6 581,8 6 586,3 6 590,9 6 595,5 6 600,0 6 604,5 6 609,1 6 613,6 0,5
7300 6 618,2 6 622,7 6 627,2 6 631,7 6 636,3 6 640,8 6 645,3 6 649,8 6 654,3 6 658,8 0,5
7400 6 663,3 6 667,8 6 672,3 6 676,8 6 681,3 6 685,8 6 690,3 6 694,8 6 699,3 6 703,7 0,5
7500 6 708,2 6 712,7 6 717,1 6 721,6 6 726,1 6 730,5 6 735,0 6 739,4 6 743,9 6 748,3 0,4
7600 6 752,8 6 757,2 6 761,7 6 766,1 6 770,5 6 775,0 6 779,4 6 783,8 6 788,2 6 792,6 0,4
7700 6 797,1 6 801,5 6 805,9 6 810,3 6 814,7 6 819,1 6 823,5 6 827,9 6 832,3 6 836,7 0,4
7800 6 841,1 6 845,4 6 849,8 6 854,2 6 858,6 6 862,9 6 867,3 6 871,7 6 876,0 6 880,4 0,4
7900 6 884,8 6 889,1 6 893,5 6 897,8 6 902,2 6 906,5 6 910,9 6 915,2 6 919,5 6 923,9 0,4
8000 6 928,2 6 932,5 6 936,9 6 941,2 6 945,5 6 949,8 6 954,1 6 958,4 6 962,8 6 967,1 0,4
8100 6 971,4 6 975,7 6 980,0 6 984,3 6 988,6 6 992,9 6 997,1 7 001,4 7 005,7 7 010,0 0,4
8200 7 014,3 7 018,5 7 022,8 7 027,1 7 031,4 7 035,6 7 039,9 7 044,1 7 048,4 7 052,7 0,4
8300 7 056,9 7 061,2 7 065,4 7 069,7 7 073,9 7 078,1 7 082,4 7 086,6 7 090,8 7 095,1 0,4

8400 7 099,3 7 103,5 7 107,7 7 112,0 7 116,2 7 120,4 7 124,6 7 128,8 7 133,0 7 137,2 0,4
8500 7 141,4 7 145,6 7 149,8 7 154,0 7 158,2 7 162,4 7 166,6 7 170,8 7 175,0 7 179,1 0,4
8600 7 183,3 7 187,5 7 191,7 7 195,8 7 200,0 7 204,2 7 208,3 7 212,5 7 216,6 7 220,8 0,4
8700 7 225,0 7 229,1 7 233,3 7 237,4 7 241,5 7 245,7 7 249,8 7 254,0 7 258,1 7 262,2 0,4
8800 7 266,4 7 270,5 7 274,6 7 278,7 7 282,9 7 287,0 7 291,1 7 295,2 7 299,3 7 303,4 0,4
8900 7 307,5 7 311,6 7 315,7 7 319,8 7 323,9 7 328,0 7 332,1 7 336,2 7 340,3 7 344,4 0,4

(Kiegészítés a 3. számú melléklethez)

DEGRESSZIÓS TÁBLÁZAT

Pont- szám	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	1
2600	2600,0	2605,0	2610,0	2615,0	2619,9	2624,9	2629,8	2634,8	2639,7	2644,6	0,5
2700	2649,5	2654,4	2659,3	2664,2	2669,1	2673,9	2678,8	2683,7	2688,5	2693,3	0,5
2800	2698,1	2703,0	2707,8	2712,6	2714,7	2722,1	2726,9	2731,7	2736,4	2741,2	0,5
2900	2745,9	2750,6	2755,4	2760,1	2764,8	2769,5	2774,2	2778,8	2783,5	2788,2	0,5
3000	2792,8	2797,5	2802,1	2806,8	2811,4	2816,0	2820,6	2825,2	2829,8	2834,4	0,5
3100	2839,0	2843,6	2848,2	2852,7	2857,3	2861,8	2866,4	2870,9	2875,4	2879,9	0,5
3200	2884,4	2888,9	2893,4	2897,9	2902,4	2906,9	2911,4	2915,8	2920,3	2924,7	0,4
3300	2929,2	2933,6	2938,0	2942,4	2946,9	2951,3	2955,7	2960,1	2964,5	2968,8	0,4
3400	2973,2	2977,6	2981,9	2986,3	2990,7	2995,0	2999,3	3003,7	3008,0	3012,3	0,4
3500	3016,6	3020,9	3025,2	3029,5	3033,8	3038,1	3042,4	3046,6	3050,9	3055,2	0,4
3600	3059,4	3063,7	3067,9	3072,1	3076,4	3080,6	3084,8	3089,0	3093,2	3097,4	0,4
3700	3101,6	3105,8	3110,0	3114,2	3118,3	3122,5	3126,7	3130,8	3135,0	3139,1	0,4
3800	3143,2	3147,4	3151,5	3155,6	3159,7	3163,9	3168,0	3172,1	3176,2	3180,3	0,4
3900	3184,3	3188,4	3192,5	3196,6	3200,6	3204,7	3208,7	3212,8	3216,8	3220,9	0,4

4000	3224,9	3228,9	3233,0	3237,0	3241,0	3245,0	3249,0	3253,0	3257,0	3261,0	0,4
4100	3265,0	3268,9	3272,9	3276,9	3280,9	3284,8	3288,8	3292,7	3296,7	3300,6	0,4
4200	3304,5	3308,5	3312,4	3316,3	3320,2	3324,2	3328,1	3332,0	3335,9	3339,8	0,4
4300	3343,7	3347,5	3351,4	3355,3	3359,2	3363,0	3366,9	3370,8	3374,6	3378,5	0,4
4400	3382,3	3386,1	3390,0	3393,8	3397,6	3401,5	3405,3	3409,1	3412,9	3416,7	0,4
4500	3420,5	3424,3	3428,1	3431,9	3435,7	3439,5	3443,3	3447,0	3450,8	3454,6	0,4
4600	3458,3	3462,1	3465,8	3469,6	3473,3	3477,1	3480,8	3484,5	3488,3	3492,0	0,4
4700	3495,7	3499,4	3503,1	3506,9	3510,6	3514,3	3518,0	3521,6	3525,3	3529,0	0,4
4800	3532,7	3536,4	3540,1	3543,7	3547,4	3551,1	3554,7	3558,4	3562,0	3565,7	0,4
4900	3569,3	3573,0	3576,6	3580,2	3583,9	3587,5	3591,1	3594,7	3598,3	3601,9	0,4
5000	3605,6	3609,2	3612,8	3616,4	3619,9	3623,5	3627,1	3630,7	3634,3	3637,9	0,4
5100	3641,4	3645,0	3648,6	3652,1	3655,7	3659,2	3662,8	3666,3	3669,9	3673,4	0,4
5200	3677,0	3680,5	3684,0	3687,5	3691,1	3694,6	3698,1	3701,6	3705,1	3708,6	0,4
5300	3712,1	3715,6	3719,1	3722,6	3726,1	3729,6	3733,1	3736,6	3740,1	3743,5	0,3
5400	3747,0	3750,5	3753,9	3757,4	3760,9	3764,3	3767,8	3771,2	3774,7	3778,1	0,3
5500	3781,5	3785,0	3788,4	3791,8	3795,3	3798,7	3802,1	3805,5	3808,9	3812,3	0,3
5600	3815,8	3819,2	3822,6	3826,0	3829,4	3832,8	3836,1	3839,5	3842,9	3846,3	0,3
5700	3849,7	3853,1	3856,4	3859,8	3863,2	3866,5	3869,9	3873,2	3876,6	3879,9	0,3
5800	3883,3	3886,6	3890,0	3893,3	3896,7	3900,0	3903,3	3906,7	3910,0	3913,3	0,3
5900	3916,6	3919,9	3923,3	3926,6	3929,9	3933,2	3936,5	3939,8	3943,1	3946,4	0,3

4. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

NEM BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK ELLÁTÁSÁNAK NYILVÁNTARTÁSI ADATAI

NEM BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK ELLÁTÁSÁNAK NYILVÁNTARTÁSI ADATAI

Jelentési időszak: 199... év negyedév

(199... év hótól 199... év hóig)

Szolgáltató OEP kódja:

Szolgáltató neve:

helység (irányítószámmal):

utca/szám:

Háziorvosi szolgálat kódja:

Háziorvos kódja, neve:

Sorszám	Biztosított neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jel*	Ambuláns napló sorszáma	Ellátás dátuma

Összesen:

* Külföldi állampolgár részére nyújtott ellátás esetén útlevélszám és állampolgárság megjelölése.

Dátum: év hó nap

.....
szolgáltató (működtető).....
házi orvos5. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵²⁴

Millió forint

	Megnevezés	2013. évi módosított előirányzat
	Háziiorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás	
	Praxisfinanszírozás	80 292,0
	Eseti ellátás díjazása	649,3
	Ügyeleti szolgálat	10 106,2
1.	Háziiorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás összesen	91 047,5
	Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	
	Iskolaegészségügyi ellátás	2 217,1
	Védőnői ellátás	17 779,8
	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	483,4
	MSZSZ: gyermekgyógyászat	121,6
	MSZSZ: nőgyógyászat	96,3
2.	Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	20 698,2
3.	Fogászati ellátás	24 446,8
5.	Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	6 046,9
8.	Művesekezelés	23 171,1
9.	Otthoni szakápolás	4 337,6
11.	Működési költségelőleg	2 000,0
	Célelőirányzatok	
	Bázisfinanszírozott fekvőbeteg-szakellátás	8,9
	Méltányossági alapon történő térítések	3 783,1
	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	4 208,0
	A 2012. évi illetmény- és bérnövelés 2013. évi fedezete	30 926,4
	Egészségügyi dolgozók béremelésének fedezete	21 780,4
	Egyes egészségügyi intézmények egészségügyi dolgozóinak kereset-kiegészítése	523,4
	Az egészségügyi dolgozók pénzellátást helyettesítő jövedelemkiegészítése	6 400,0

13. Célelőirányzatok összesen	67 630,2
15. Mentés	26 000,4
17. Laboratóriumi ellátás	21 057,0
Összevont szakellátás	
Járóbeteg-szakellátás	121 956,9
Fekvőbeteg-szakellátás	410 407,5
ebből:	
– aktív fekvőbeteg-szakellátás	346 916,9
– krónikus fekvőbeteg-szakellátás	62 490,6
– bázis finanszírozású szakellátás (BVOP)	1 000,0
Extrafinanszírozás	500,0
Speciális finanszírozású szakellátás	67 706,1
18. Összevont szakellátás összesen	600 570,5
ÖSSZESEN	887 006,2

6/A. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵²⁵

Ambuláns adatlap

1. Javítás:	2. Eredeti dátum:
3. Eredeti szakrendelő:	4. Eredeti naplósorszám:
5. Naplósorszám:	6. Rendelő neve:
7. Rendelő azonosítója:	8. Beküldő munkahely neve [*]:
9/a. Beutaló orvos munka-helyének azonosítója:	10. Térítési kategória:
9/b. Beutaló orvos kódja:	Részleges térítési díj:
9/c. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat:	
9/d. Beutaló kelte:	
11. Ellátást végző orvos kódja:	12. Érvényes biztosítás országa vagy a páciens állampolgársága:
13. Személyazonosító jel:	14. Személyazonosító típusa:
15. Beteg neve:	16. Születési dátum:
17. Anyja neve**:	
18. A beteg leánykori neve**:	
19. Lakcím**:	
20. Kezelés ideje:	21. Beteg neme:
	22. Ellátás típusa:

23. Továbbküldés:

24. Baleset
minősítése ******:

25. E-adatlap
kitöltés

26. DIAGNÓZISOK**

Kód

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

27. BEAVATKOZÁSOK

Kód M

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

27/a. Beavatkozások jellege

28. Laboratóriumi vizsgálat kérés:

29. Képalkotó vizsgálat kérés*:

30. CT-MRI-PET vizsgálat kérés*:

31. Fizioterápiás ellátásra utalás*:

32. Útiköltség*:

33. Keresőképeség elbírálása*:

34. Felírt gyógyászati segédeszköz vények száma:**

35. Felírt vények száma:**

36. Felírt gyógyászati ellátás (gyógyfürdő) vények száma:**

37.

38.

39.

Dátum: év hó nap

.....
.....
az ellátásért felelős orvos
pecsétszám

Kitöltési útmutató

1. Javítás

0 = új rekord

1 = javító rekord az intézet kezdeményezésére

2 = javító rekord az Egészségbiztosító felhívására

2. Eredeti dátum

Javítás során a javítandó rekord eredeti ellátási dátuma

3. Eredeti szakrendelő

Javítás során a javítandó rekord eredeti szakrendelő kódja

4. Eredeti naplósorszám

Javítás során a javítandó rekord eredeti naplósorszáma

5. Naplósorszám

A beteg naplósorszáma (első 2 jegy kötetszám, 6 jegy köteten belüli sorszám)

6. Rendelő neve

Az ellátást végző rendelő neve. Elektronikusan nem továbbítandó

7. Rendelő azonosítója

Az ellátást végző rendelő azonosítója

8. Beküldő munkahely neve

Elektronikusan nem továbbítandó

9/a. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója

A beutaló orvos munkahelyének azonosítására szolgáló 9 jegyű kód. Finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a szerződés szerinti szervezeti egység azonosító kódja, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a működési engedély szerinti szervezeti egységkód, a OEP ellenőrző orvosainak beutalása esetén 999999991, az orvos saját maga, vagy közeli hozzátartozója beutalása esetén 999999992.

9/b. Beutaló orvos kódja

A beutaló orvos 5 jegyű orvosi bélyegző száma

9/c. Ellátást igazoló adat

A beutalást megalapozó ellátás nyilvántartására szolgáló betegforgalmi napló sorszáma, fekvőbeteg gyógyintézet orvosának beutalása esetén a beteg törzsszáma. Egyéb, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a beutalás napi dátuma, vezető nullával.

10. Térítési kategória

1 = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás

2 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

3 = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás

4 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása

5 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

6 = fekvő beteg részére végzett ellátás

9 = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

A = befogadott külföldi állampolgár

D = menekült, menedékes státuszt kérelmező

E = elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás

F = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdés l) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása

G = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdés l) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása

H = harmadik országbeli állampolgárnak a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 114/2007. (V. 24.) Korm. rendelet 140. §-a szerinti ellátása

K = külföldi donor ellátása

M = magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás

R = magyar biztosítás alapján részleges térítés ellenében végzett ellátás, a részleges térítési díj összegének feltüntetése.

S = Magyarország területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

T = uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás

V = magyar biztosított külföldi ellátása a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek alapján

Y = magyar biztosított külföldi ellátása a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében

0 = élsportoló speciális ellátása

11. Ellátást végző orvos kódja

Az orvos 5 jegyű pecsétnyomójának száma

12. Érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága

Elsődlegesen, ha a beteg érvényes egészségbiztosítással rendelkezik, az egészségbiztosítási rendszert fenntartó állam kódját, egyébként a beteg állampolgárságának kódját kell megadni

13. Személyazonosító jel

Lásd a kitöltési útmutatót

14. Személyazonosító típusa

0 = a személyazonosító jel nincs kitöltve

1 = TAJ szám

2 = 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma

3 = útlevekszám

4 =

5 = menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma

6 = ismeretlen TAJ számú elhunyt személy, illetve ismeretlen beteg

15. A beteg neve

Elektronikusan nem továbbítandó

16. Születési dátuma

A beteg születési dátuma évszázaddal együtt

17. Anyja neve

A beteg anyjának a nevét kell megadni. Elektronikusan nem továbbítandó

18. A beteg leánykori neve

A beteg leánykori nevét kell megadni. Elektronikusan nem továbbítandó

19. Lakcím

Az ellátott lakcíme (irányítószám, város/község, utca, házszám), amennyiben a dokumentált lakcímtől eltér a tartózkodási hely, akkor bemondás alapján az utóbbit kell figyelembe venni

20. Kezelés ideje

A kezelés dátuma. Az óra és perc mezők kitöltése csak sürgősségi ellátás során kötelező

21. A beteg neme

1 = férfi

2 = nő

Amennyiben nem állapítható meg, akkor a vizsgálatkori, vagy a nyilvántartott, vagy a születéskori neme adandó meg.

22. Az ellátás típusa

1 = első szakellátás az adott betegséggel kapcsolatban

2 = visszarendelés

3 = szakorvosi konzílium

4 = elsősegélynyújtás

5 = tartósan gondozott beteg kontroll vizsgálata

6 = szűrés

7 = gondozásba vétel

8 = gondozott beteg ellátása

9 = nappali ellátás

K = az Ebtv. 20. § (4) bekezdése szerinti keresőképtelenség miatti soron kívüli ellátás

23. Továbbküldés

0 = továbbküldés nem történt

1 = más járóbeteg-szakrendelésre küldve

2 = háziiorvosi szolgálathoz irányítva

3 = a beküldő háziorvoshoz irányítva

4 = meghalt

5 = saját szakorvosi rendelésre visszarendelve

6 = a beküldő szakrendeléshez visszairányítva

7 = fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalva

8 = házi szakápolásra utalva

24. Baleset minősítése

00 = nem baleset, nem foglalkozási betegség

11 = munkahelyi baleset munkahely területén és/vagy munkavégzés közben

16 = ellátást nyújtó egészségügyi intézményben történt baleset

20 = foglalkozási megbetegedés miatti egészségügyi ellátás

21 = közúti baleset KRESZ hatálya alá tartozó gépjárművel

22 = közúti baleset tömegközlekedési eszközön

31 = háztartási baleset

32 = sportbaleset

34 = állat okozta baleset

40 = közterületen történt baleset

41 = baleset feltételezhető, de a körülményei nem ismertek

42 = idegenkezűség következtében létrejött baleset

43 = fentiekbe be nem sorolható egyéb baleset

25. E-adatlap kitöltés

0 = nincs kitöltve

1 = kitöltve (E térítési kategóriánál kitöltése kötelező)

26. Diagnózisok

Betegség kódolása BNO 10 szerint

27. Beavatkozások

Beavatkozások kódolása OENO kód szerint

Mennyiség (Me)

A végzett beavatkozás mennyisége

27/a. Beavatkozások jellege (J)

A. akut beavatkozás

V. választott időpontban végzett beavatkozás

C. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosbiológiai kutatás során, vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges akut beavatkozás

D. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosbiológiai kutatás során, vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges, választott időpontban végzett beavatkozás

K. kúraszerű ellátás keretében végzett beavatkozás

28. Laborvizsgálat kérés (kitöltése kötelező)

0 = nem történt laboratóriumi vizsgálatkérés

1 = labor (haematológia vércsoport) és kémiai vizsgálatok

2 = szerológia

3 = labor (haematológia vércsoport) és kémiai vizsgálatok és szerológia együtt (1+2)

4 = tenyésztéses mikrobiológiai vizsgálat

5 = tenyésztés és rezisztencia vizsgálat

6 = izotóp laborvizsgálat (in vitro)

7 = izotóp laborvizsgálat (in vivo)

8 = vizsgálat kérés vérellátótól

9 = egyéb speciális laborvizsgálat

29. Képalkotó vizsgálat kérés

0 = nem történt vizsgálat

1 = csak mellkas röntgen vizsgálat

2 = egyéb natív röntgen vizsgálat

3 = kontrasztanyag röntgen vizsgálat (kivéve angiográfia)

4 = angiográfia

5 = többféle natív és/vagy kontrasztanyag röntgen vizsgálat (kivéve angiográfia)

6 = angiográfia és egyéb képalkotó vizsgálat együtt

7 = ultrahang

8 = izotóp

9 = egyéb képalkotó vizsgálat

30. CT-MRI-PET vizsgálat kérés

0 = nem történt

1 = CT vizsgálat kérés

2 = MRI vizsgálat kérés

3 = PET vizsgálat kérés

4 = CT-MRI-PET vizsgálat kombinációja

31. Fizioterápiás vizsgálat kérés

0 = nem történt

1 = száraz egyéni terápia

2 = száraz csoportos terápia

3 = nedves egyéni terápia

4 = nedves csoportos terápia

5 = száraz és nedves együttes terápia

6 = elektroterápia

7 = nedves és elektromos terápia együtt

8 = fény- és klímaterápia együtt

32. Útiköltség-térítési igény

0 = útiköltség-térítéssel kapcsolatos esemény nem történt

1 = az útiköltség-térítés indokoltságát a rendelés igazolta

2 = szakorvosi rendelés útiköltség utalványt állított ki

3 = betegszállítás rendelése

33. Keresőképeség elbírálása

0 = keresőképeség elbírálása nem történt

1 = keresőképtelenség megállapítása korábban keresőképes személynél

2 = keresőképtelen személy kontrollja és további keresőképtelenség megállapítása

3 = keresőképtelen személy kontrollja és újbóli keresőképeség megállapítása

4 = keresőképtelenség lezárása halál miatt

5 = keresőképtelenség lezárása egyéb ok miatt

34. Felírt gyógyászati segédeszköz vények száma (kitöltése kötelező)

A felírt gyógyászati ellátási vények számát kell megadni

35. Felírt vények száma (kitöltése kötelező)

A felírt vények darabszámát kell megadni a gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás (gyógyfürdő) felírás kivételével

36. Felírt gyógyászati ellátás (gyógyfürdő) vények száma (kitöltése kötelező)

A felírt gyógyászati ellátás vények számát kell megadni

37.

38.

39.

6/B. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵²⁶

Ellátó orvos bélyegzőszáma aláírása

Fogorvosi ambuláns napló

Napló sorszám	Dátum Kezelés időpontja	Küldő szolgál- lati egység kódja	Beutaló orvos pecsét- száma	Beutalást meg- alapozó ellátást igazoló irat	Beteg neve Társas- dalom- biztosi- tási	Állam- polgár- ság Azono- sító jel típusa	Születési év, hó, nap Lakás	A kezelt fog jelzése Fogfel- szín jelzése	Diagnó- zis	Térítési kategória	Részle- ges térítési díj
------------------	----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--	---	---	--------------------------------	--	----------------	--------------------	-----------------------------

Térítési kategóriák:

1 = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás

2 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

3 = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás

4 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása

5 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

6 = fekvőbeteg részére végzett ellátás

7 = A térítésmentesen vagy részleges térítés ellenében ellátott biztosított, amelynek jogcímei szerinti betűjelek:

7G = gyermek,

7I = időskorú 62 év feletti,

7R = rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban részesülő személy,

7S = sürgősségi ellátás,

7T = terhes anya,

7K = közgyógyellátott,

7U = üzemi balesetes.

7B = Egyéb alapbetegséggel kapcsolatos fog- és szájbetegségek kezelése.

8 = Biztosított ellátására egy éven belüli közúti baleset sérülése következményeként került sor

9 = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

A = befogadott külföldi állampolgár

D = menekült, menedékes státuszt kérelmező

E = elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás

F = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdés I) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása

G = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdés I) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása

H = harmadik országbeli állampolgárnak a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 114/2007. (V. 24.) Korm. rendelet 140. §-a szerinti ellátása

K = külföldi donor ellátása

M = magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás

R = magyar biztosítás alapján részleges térítés ellenében végzett ellátás, a részleges térítési díj összegének feltüntetése

S = Magyarország területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

T = uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás

V = magyar biztosított külföldi ellátása a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek alapján

Y = magyar biztosított külföldi ellátása a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében

0 = élsportoló speciális ellátása

Szolgáltató OEP kódja:

Szolgáltató neve:

.....

.....

Havi jelentés a fogászati rendelés teljesítményeiről

A rekord felépítése

(egy rekord egy tevékenységkódot tartalmaz)

Megnevezés

1 elszámolt időszak (év, hó)

2 szolgálati egység kódja

3 kezelést végző orvos pecsétszáma

4 naplósorszám

5 kezelés dátuma (év, hó, nap)

6 kezelés időpontja (óra, perc)

7 küldő szolgálati egység kódja

8 beutaló orvos pecsétszáma

9 beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

10 kezelt személy azonosítószáma

11 személyazonosító típusa

12 érvényes biztosítás országának vagy a páciens állampolgárságának kódja

13 kezelt születési ideje (év, hó, nap)

14 kezelt neme

15 kezelt fog jelölése

16 kezelt fogfelszín jelölése

17 BNO kód (diagnózis)

18 tevékenységkód (beavatkozás kód)

19 térítési kategória

20 részleges térítési díj

21

22 táppénzbevétel szakorvosi indokkal (kód)

23 keresőképtelenség (kezdete-vége) dátuma

24 az OEP hibaszűrése miatt kizárt hiba kódja

A file nevét az alábbi szabályok szerint kell képezni:

1 „F”

2–5 „a működtető négyjegyű OEP kódja”

6–7 „a hónap sorszáma”

Dátum: év hó nap

.....
.....
az ellátásért felelős orvos
azonosítója és aláírása

7. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának minősítési szempontjai

1. Aktív ellátás

A finanszírozás módja szerint aktív ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. Az aktív ellátás időtartama, illetve befejezése többnyire tervezhető, és az esetek többségében rövid időtartamú.

2. Krónikus ellátás

A finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.

3. ⁵²⁷ Mátrix kórházi ellátás

A betegellátás az aktív fekvőbeteg-szakellátó intézetben klinikai típusú és műtétes egységekben történik az egészségügyi államigazgatási szerv engedélye szerint. A kórház ezen belül nem különül el osztálystruktúrákra, hanem a mindenkori ellátási igény szerint végzi az ellátást. ⁵²⁸

8. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez ⁵²⁹

Krónikus ellátások

Kódja	Megnevezése	Szorzója
00001	Ápolási tevékenység	1,0
00015	Krónikus ellátás	1,2
00019	Rehabilitációs ellátás*	1,8
00020	„A” minősítésű**	1,4
00021	„B” minősítésű**	1,2
	„C” Minősítés nélküli	1,2

00017 Súlyos központi idegrendszeri sérültek (súlyos agysérültek, gerincvelősérültek), politraumatizáltak, égésbetegek, szepszikus sebészeti betegek rehabilitációs ellátása	3,8
00022 Hospice ellátás	1,7
00023 Kóma és gerincvelősérült betegek korai kiemelt rehabilitációs ellátása	6,6
00024 Polymorbid betegek gerontopszichiátriai ellátása	1,6
00025 Intermediaer care, tartós gépi lélegeztetést igénylő betegek krónikus ellátása	1,8
00026 Nem rehabilitálható betegek emelt szorzójú krónikus ellátása (nem rehabilitálható vigil kóma betegek, gerincvelő harántsérültek, tartós gépi lélegeztetettek, politraumatizáltak ellátása)	1,8
00027 A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet alapján TBC-s betegek elkülönített, őrzött osztályon történő kezelése	1,6
00028 Gyermekek és ifjak addiktológiai, pszichiátriai rehabilitációs ellátása	1,8

* A nappali kórházi ellátás esetében a fekvőbeteg-ellátást nyújtó háttérosztály minősítése szerinti szakmai szorzó alkalmazható.

** A 37. § (4) bekezdésében foglalt rendelkezés szerinti minősítés.

8/A. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³⁰

A nem pszichiátriai rehabilitációs minősítési kritériumok

Feltétel	„A” minősítésű rehabilitáció kritériumai	„B” minősítésű rehabilitáció kritériumai	„C” Minősítés nélküli rehabilitáció kritériumai
1. Osztályvezető	az osztályt legalább 5 éves, igazolt rehabilitációs szakmai gyakorlattal rendelkező rehabilitációs szakorvos vezeti****	az osztályt rehabilitációs szakorvos vezeti	az osztály vezetője nem szükséges, hogy rehabilitációs szakorvos legyen
2. Rehabilitációs szakorvos létszám (beleértve a törzsképzését már teljesített, illetve a ráépített képzésben résztvevő szakorvosjelöltet*)	1 FTE** vagy több/50 ágy	0,75 vagy több, de kevesebb, mint 1 FTE**/50 ágy	kevesebb, mint 0,75 FTE**/50 ágy
3. Orvos létszám összesen (beleértve az 1. és a 2. pontban megnevezetteket)	20 ágyig 1 FTE**	25 ágyig 1 FTE**	30 ágyig 1 FTE**
minden osztályon további 30 ágyanként 1 FTE**			
4/A. Összes, az adott osztály rehabilitációs profiljának megfelelő rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó***	> 1 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	0,6–1 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	< 0,6 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy
4/B. Mozgásszervi, neurológiai, illetve stroke rehabilitáció esetén a 4/A. pontban megnevezett összes szakdolgozó közül a gyógytornászok létszáma	> 0,6 gyógytornász/5 ágy	0,4–0,6 gyógytornász/5 ágy	< 0,4 gyógytornász/5 ágy
5. Átlagos ápolási idő	18 napnál több	16–18 nap	11–15 nap
6. Éves halálozás	5% alatt	5% alatt	5% alatt

* A rehabilitációs szakorvosjelöltek 0,5 FTE-ként számolhatók be.

** FTE = teljes 40 órás munkaidőre számított heti munkaidő aránya

*** 4/A. pont szerinti szakdolgozónak minősül: dietetikus, egészségügyi tanár, ergoterapeuta, gyógytestnevelő, gyógytornász, humánkineziológus, konduktor, logopédus, mentálhigiénikus, pszichológus, okleveles rehabilitációs szakember, szociális munkás, szociálpedagógus, szomatopedagógus, egyéb gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, kardiológiai

szakasszisztens a kardiológiai és légzés rehabilitáció esetében, diabetológiai szakápoló a belgyógyászati és gastroenterológiai rehabilitáció esetében.

**** Az igazolt 5 éves szakmai gyakorlat a szakvizsga megszerzésétől számított idő, illetve rehabilitációs osztályon folytatott szakmai tevékenység alapján állapítható meg.

Az egyes rehabilitációs osztályoknak a fenti feltételek teljesítése alapján történő minősítése a következők szerint alakul:

Fel-tétel	Minő-sítés	1. Osztályvezető	2. Rehabilitációs szakorvos létszám	3. Orvos létszám összesen	4/A.+4/B. Összes szakdolgozó létszám	5. Átlagos ápolási idő	6. Éves halálozás
A	A	A	A	A	A	A,B	A
A	A	A	A	A	B	A	A
A	A	A	B	A	A	A	A
B	A,B	A,B	A	A,B	A	A,B	B
B	A,B	A,B	A	A,B	B	A	B
B	A,B	A,B	B	A,B	A	A	B
B	A,B	A,B	A	B	A	A,B	A,B
B	A,B	A,B	A	B	B	A	A,B
B	A,B	A,B	B	B	A	A	A,B
B	B	B	A	A,B	A	A,B	A,B
B	B	B	A	A,B	B	A	A,B
B	B	B	B	A,B	A	A	A,B
B	A,B	A,B	A	A,B	A	C	A,B
B	A,B	A,B	A	A,B	B	B,C	A,B
B	A,B	A,B	B	A,B	A	B,C	A,B
B	A,B	A,B	B	A,B	B	A,B	A,B
B	A,B	A,B	A	A,B	C	A,B	A,B
B	A,B	A,B	C	A,B	A	A,B	A,B

Megjegyzés:

Amennyiben a rehabilitációs osztály a fentiek szerinti „A” vagy „B” minősítésnek nem felel meg, az a „C” Minősítés nélküli rehabilitációba sorolandó.

A halálozás és az átlagos ápolási idő tekintetében az november 1. és október 31. közötti időszak tekintendő a finanszírozási év adatának.

9. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³¹

SZAKÁPOLÁSI ELRENDELŐ LAP

Szolgáltató OEP kódja:

Elrendelő lap sorszáma:

SZAKÁPOLÁSI ELRENDELŐ LAP

Otthoni szakápolást végző szolgáltató	neve:
	címe:

A beteg	neve:
	lakóhelye:
	telefonszáma:
	Társadalombiztosítási azonosító jele:
születési adatai: év hó nap	

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO–10.)*
Kórházi kezelés időtartama:-tól-ig*

Szakápolás elrendelés dátuma:
A beteg szakápolásba vételének dátuma:
Meghosszabbítás esetén az első szakápolásba vétel dátuma:
Hányadik „folyamatos elrendelés”

Alapbetegség (BNO–10.)

Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO–10.)

Szakápolás elrendelését indokló diagnózis (BNO–10.)

Ellátást befolyásoló tényezők (Z00–Z99)

Elrendelt vizitek és napok száma (otthoni szakápolás esetén 1 elrendelésnél maximum 14 vizit,

otthoni hospiceellátás esetén 1 elrendelésnél maximum 50 nap):

Gyakorisága:

A beteg ápolásáért felelős szakápoló neve:

Az ellátás
típusa:

szakápolás

szakirányú terápiás szolgáltatás (gyógytorna

fizioterápia

, logopédia

)

A beteg
állapota:

teljes ápolásra szoruló beteg

részleges ápolásra szoruló
beteg

önellátó beteg

Az orvos szakápolásra vonatkozó elrendelése a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1. számú melléklete szerint ellátható tevékenységből.

(A megfelelőt kérjük X-szel megjelölni.)

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

Elrendelést javasoló orvos neve**:

Pecsét száma:

Elrendelő orvos neve:

Pecsét száma:

Az elrendelő orvos munkahelyének azonosítója:

Háziorvosi
szolgálat
kódja:

vagy Intézet
azonosítója:

Dátum: év hó nap

P. H.

aláírás

Az otthoni szakápolást elfogadom, és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen szakápolást nem veszek igénybe. Tudomásul veszem, hogy 1 térítésmentes vizit 3 óránál hosszabb nem lehet.

Dátum: év hó nap

beteg (törvényes képviselő) aláírása:

* Kitöltése minden esetben kötelező. Adatai: a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.

**Kitöltése a 4-es és 11-es tevékenységi kör esetén kötelező.

10. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³²

SZAKÁPOLÁSI EGYÉNI ELSZÁMOLÁSÓ LAP

Szolgáltató OEP kódja Elszámolási lap sorszáma:

SZAKÁPOLÁSI EGYÉNI ELSZÁMOLÓ LAP

Elszámolási időszak: év hónap

Otthoni szakápolást végző szolgálat

neve: telefon:

címe:

A szakápolásért felelős szakápoló neve:

.....

A beteg neve: Neme¹: Férfi Nő

címe:

Társadalombiztosítási azonosító jele:

Születési adatai: év hó nap

Fekvőbeteg intézeti ápolást indokló diagnózis (BNO-10)

Kórházi kezelés időtartama:tólig

Alapbetegség: (BNO-10)²

Kísérő betegség(ek) (BNO-10)³

Szakápolást indokló fődiagnózis (BNO-10)⁴

Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99)

Szakápolásba vétel időpontja: év hó nap

Ápolási eset lezárásának időpontja: év hó.....nap

Elrendelt vizitek száma: Eddig elszámolt vizitek száma: Hányadik folyamatos elrendelés:

A beteg állapota: ☐ teljes ápolásra szoruló beteg ☐ részleges ápolásra szoruló beteg ☐ önellátó beteg

| Nap | Ellátás típusa ⁵ | Fő tevékenység | Ápoló TAJ száma | Nap | Ellátás típusa ⁵ | Fő tevékenység | Ápoló TAJ száma |
|-------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|-----|-----------------------------|----------------|-----------------|
| 01 | | | | 17 | | | |
| 02 | | | | 18 | | | |
| 03 | | | | 19 | | | |
| 04 | | | | 20 | | | |
| 05 | | | | 21 | | | |
| 06 | | | | 22 | | | |
| 07 | | | | 23 | | | |
| 08 | | | | 24 | | | |
| 09 | | | | 25 | | | |
| 10 | | | | 26 | | | |
| 11 | | | | 27 | | | |
| 12 | | | | 28 | | | |
| 13 | | | | 29 | | | |
| 14 | | | | 30 | | | |
| 15 | | | | 31 | | | |
| 16 | | | | | | | |
| Vizitek száma összesen: | | | | | | | |

A fő tevékenységek megoszlása⁶

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Területi pótlék: ¹ igen nem

Dátum: év hó nap

.....

.....

Szolgáltató cégszerű aláírása

P.H.

Ellátást végző(k) aláírása

¹ A megfelelő aláhúzendő

² Az otthoni szakápolásban ellátásra kerülő beteg állapotát jellemző azon orvosi diagnózis, amely a szakápolást indokló fődiagnózis alapjául szolgál, kialakulásához közvetlenül és döntő mértékben hozzájárult.

³ Az otthoni szakápolásban ellátásra kerülő beteg állapotát az alapdiagnózison kívül jellemző azon egyéb orvosi diagnózisok, amelyek vagy az orvosi alapbetegség, vagy annak következtében alakultak ki, vagy az orvosi alapdiagnózissal párhuzamosan fennálló megbetegedések orvosi kísérő/szövődményes megbetegedésnek tekinthetjük.

⁴ Azt a betegséget kell feltüntetni, amely a szakápolást indokolja, azaz amelyhez az ellátási eset kapcsán nyújtott szolgáltatások tartoznak.

⁵ Szakápolás = 2; gyógytorna = 4; fizioterápia = 5; logopédia = 6

⁶ Az elszámolt időszakra elvégzett szakápolás/szakirányú terápiás szolgáltatás fő tevékenységei a 20/1996. NM rendelet 1. számú melléklete szerint. (A betegnél elrendelt és teljesített feladatok a hónap folyamán.)

11. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³³

12. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³⁴

SZAKÁPOLÓI, SZAKIRÁNYÚ TERÁPIÁS VIZITEK FINANSZÍROZÁSA

A)⁵³⁵ A vizitdíj megállapítása a betegellátás típusa, valamint a beteg önellátó képessége szerint

A Kr2. 12. számú melléklet A) pontjában foglalt táblázat helyébe a következő táblázat lép:

| A beteg önellátó képességének foka | Szakápolási ellátás | | Szakirányú (rehabilitációs) tevékenység, alapdíj szorzók |
|------------------------------------|--|---------|--|
| | elrendelhető vizitek száma és az alapdíj szorzók | | |
| | 1–14-ig | további | |
| Teljes ápolást igénylő esetben | 1,0 | 0,9 | 0,9 |
| Részleges ápolást igénylő esetben | 0,9 | 0,7 | 0,8 |
| Önellátásra képes beteg esetében | 0,8 | 0,5 | — |

B) Területi pótlék

A szolgáltató a 34. § (13) bekezdése szerinti területi pótlékra jogosult.

Szakápolási fokozatok:

Teljes ápolásra szorulóknak kell tekinteni azt a beteget, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei* közül hármát vagy annál többet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és szakápolásra szorul.

Részleges ápolásra szorul az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei* közül legalább két tevékenységet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és betegsége miatt szakápolásra szorul.

Önellátó az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységeit* más személy igénybevétele nélkül képes elvégezni, de ugyanakkor betegsége/krónikus betegsége miatt otthonában szakápolási feladatok elvégzésére van szüksége pl. stomakezelés, gégetisztítás, lábszárfekély kezelése, műtét utáni seb kezelése, parenterális táplálás és gyógyszerelés.

* Táplálkozás, tisztálkodás, öltözködés, széklet és vizelet kontinencia, önálló helyzetváltoztatás (felkelés, lefekvés).

13. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³⁶

14. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³⁷

„ADATLAP kórházi (osztályos) ápolási esetről

1. A kórház neve:

2. Osztály neve:

3. Osztály azonosítója:

3/A. Szakmakód:

4/B. Részleges térítési díj összege:

6. Személyazonosító jel:

5. Személyazonosító t

7. Törzsszám:

8. A beteg neve:

9. Érvényes biztosítás
vagy a beteg állampolg

10. Anyja neve:

11. A beteg születési m

12. A beteg neme:

13. Születés dátuma:

14. A kísért beteg törzsszáma:

14/A. A beteg kíséreté

16. Lakcím:

17/A. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója

17/C. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

20. A felvétel időpontja:

23. A beteg további sorsa:

24. Az ellátó orvos kódja:

26. DIAGNÓZISOK

Megnevezés

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

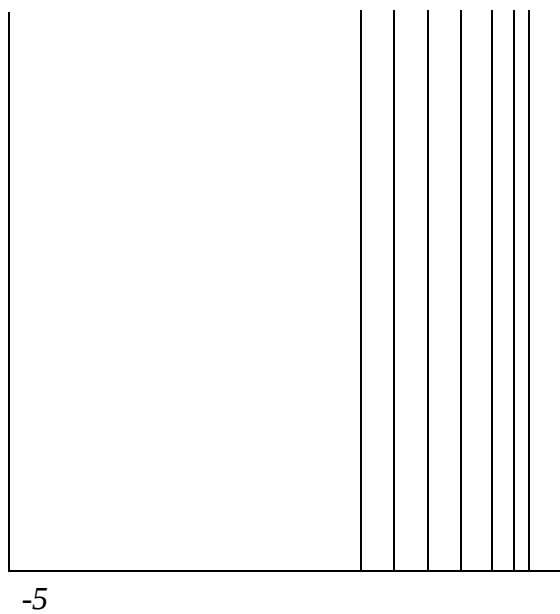
-9

-10
-11
-12
-13
-14
-15
-16

| 27. BEAVATKOZÁSOK | | | | | | |
|-------------------|--------------------------------|--|-----------|--|--|-------|
| Megnevezés | Intézet/osztály
azonosítója | | Szakmakód | | | Dátum |
| -1 | | | | | | |
| -2 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| -3 | | | | | | | |

[illegible]



-7

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

[illegible]

| | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| <i>-10</i> | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

29. Újszülött súlya (g):

31. Felhasználói mezők:

30. Baleset minősítése:

1 2 3 4 5 6 7 8

Dátum: év hó nap

.....
az ellátásért felelős orvos”

Kitöltési útmutató

1. Kórház neve

(Elektronikusan nem továbbítandó)

Az ellátást végző kórház neve

2. Osztály neve

(Elektronikusan nem továbbítandó)

A mezőbe az ellátást végző osztály neve kerül

3. Osztály azonosítója

Az ellátást végző kórházi osztály finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja

3/A. Szakma kódja

Annak a szakmának a kódja, amelyen a beteg ellátása történik

4. Térítési kategória

1. magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás
2. magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása
3. államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás
4. egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása
5. magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása
9. külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása
 - A. befogadott külföldi állampolgár
 - D. menekült, menedékes státuszt kérelmező
 - E. elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás
 - F. magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének l) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása
 - G. magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének l) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása
 - H. harmadik országbeli állampolgárnak a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 114/2007. (V. 24.) Korm. rendelet 140. §-a szerinti ellátása

- K. külföldi donor ellátása
- M. magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás
- R. magyar biztosítás alapján, az Ebtv. 23. §-a szerint részleges térítés ellenében végzett ellátás
- S. Magyarország területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása
- T. uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás
- V. magyar biztosított külföldi ellátása a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek alapján
- Y. magyar biztosított külföldi ellátása a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében
- 0. élsportoló speciális ellátása

4/A. Részleges térítés jogcíme

Az alábbi nyolc közül amelyik jogcímek fennállnak, azoknak a mezőjébe kell az adott kódot beírni:

- A. az ellátást végző orvos megválasztása
- B. biztosított beutaló nélküli ellátása
- C. beutalási rendtől eltérő igénybevétel
- H. külsődleges nemi jellegek megváltoztatása

4/B. Részleges térítési díj összege (Ft)

R térítési kategória esetén a maximum érték eléréséig kitöltése kötelező

5. Személyazonosító típusa

- 0. a személyazonosító jel nincs kitöltve
- 1. TAJ szám
- 2. 3 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma
- 3. útlevélszám
- 5. menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma

6. ismeretlen TAJ számú elhunyt személy, illetve ismeretlen beteg

6. Személyazonosító Jel

TAJ szám, illetve a személyazonosító típusának megfelelő egyéb azonosító

7. Törzsszám

A beteg 9 jegyű törzsszámát kell megadni

8. A beteg neve

(Elektronikusan nem továbbítandó)

9. Érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága

Elsődlegesen, ha a beteg érvényes egészségbiztosítással rendelkezik, akkor az egészségbiztosítási rendszert fenntartó állam kódját, egyébként a beteg állampolgárságának kódját kell megadni

10. Anyja neve

(Elektronikusan nem továbbítandó)

A beteg anyjának a nevét kell megadni

11. A beteg születési neve

(Elektronikusan nem továbbítandó)

A beteg születési nevét kell megadni

12. A beteg neme

1. férfi

2. nő

Amennyiben nem állapítható meg, akkor a felvételnél vagy a nyilvántartott vagy a születéskori neme adandó meg

13. Születési dátuma

A beteg születési dátuma évszázaddal együtt

14. A kísért beteg törzsszáma

14/A. A beteg kíséretének oka

1. Beteggel érkező hozzátartozó

2. Anya – újszülött kapcsolat (a kitöltést végző osztályos ellátás során történő szülések esetén kell alkalmazni)
3. Donor – transzplantált beteg kapcsolat
4. Egyéb

16. Lakcím

A beteg lakcíme (irányítószám, város/község, utca, házszám), amennyiben a dokumentált lakcímtől eltér a tartózkodási hely, akkor bemondás alapján az utóbbit kell figyelembe venni

16/A. Lakcím típusa

1. Lakóhely
2. Tartós elhelyezést biztosító szociális intézmény

17/A. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója

Finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a szerződés szerinti szervezeti egység azonosító kódja, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a működési engedély szerinti szervezeti egységkód, a OEP ellenőrző orvosainak beutalása esetén 999999991, az orvos saját maga vagy közeli hozzátartozója beutalása esetén 999999992

17/B. Beutaló orvos kódja

A beutaló orvos 5 jegyű pecsénymójának száma

17/C. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

A beutalást megalapozó ellátás nyilvántartására szolgáló betegforgalmi napló sorszáma, fekvőbeteg gyógyintézet orvosának beutalása esetén a beteg törzsszáma, egyéb, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a beutalás napi dátuma, vezető nullával

18. A felvétel jellege

1. más fekvőbeteg gyógyintézetből visszahelyezve
2. más fekvőbeteg gyógyintézetből áthelyezve
3. intézeten belüli fekvőbeteg-ellátó szervezeti egységből áthelyezve
4. háziorvos, egyéb alapellátó beutalta
5. más intézet járóbeteg-szakellátó munkahelye beutalta

- 6. saját intézet járóbeteg-szakellátó munkahelye beutalta
 - 7. beutaló nélkül, mentővel
 - 8. beutaló nélkül
 - 9. saját osztály visszarendelte
 - A. adaptációs szabadságról visszavéve
 - C. az előző rekord folytatása
 - D. az Adatlapot kitöltő osztályon / az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató közreműködésével született újszülött
 - E. bírósági, igazságügyi-orvosszakértői beutalás
19. A felvétel típusa
- A. Az egészségügyi ellátás szempontjából
 - 1. sürgős ellátás, beleértve a pszichiátriai beteg sürgősségi felvételét rendőrségi közreműködés nélkül
 - 2. nem sürgős ellátás, ideértve a pszichiátriai beteg felvételét rendőrségi közreműködés nélkül
 - 3. egynapos ellátás
 - 4. kúraszerű ellátás
 - 5. aktív ellátás krónikus osztályon
 - 6. pszichiátriai beteg sürgősségi felvétele rendőrségi közreműködéssel
 - 7. rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás – első rehabilitáció
 - 8. rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás – ismételt rehabilitáció
 - B. Jogi elbírálás alapján (pszichiátriai beteg ellátása során kitöltése kötelező)
 - D. önkéntes – a beteg saját kérelmére
 - E. önkéntes – a nyilatkozattételre jogosult személy kérelmére, a beteg nem tiltakozott
 - F. önkéntes – a nyilatkozattételre jogosult személy kérelmére, a beteg tiltakozott
 - J. nem önkéntes – sürgősségi felvétel, bírósági felülvizsgálat által előírt kötelező gyógykezelés nélkül

- K. nem önkéntes – sürgősségi felvétel, bírósági felülvizsgálat által előírt kötelező gyógykezeléssel

[Eütv. 199. § (5) bekezdés]

- L. nem önkéntes – kötelező gyógykezelés bírósági beutalás alapján (Eütv. 200. §)

- M. bíróság által elrendelt elmemegfigyelés

20. A felvétel időpontja

A felvétel dátuma (óra, perc pontossággal). Az a regisztrált időpont, amikor a felvételt végző orvos a beteg felvételének szükségességéről dönt. Az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató közreműködésével született újszülött esetén az újszülöttkori első szűrés kezdetének időpontja.

22. A távozás időpontja

A távozás időpontja az óra megadásával. Az óra, perc kitöltése csak áthelyezésre kerülő, illetve exitált betegnél kötelező. A távozás időpontja az, amikor a beteg az intézet azon osztályának területét hagyja el véglegesen, ahol a zárójelentését kiadták. Az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató közreműködésével született újszülött esetén az újszülöttkori első szűrés befejezésének időpontja.

23. A beteg további sorsa

1. belső kórházi áthelyezés
 2. más fekvőbeteg gyógyintézetbe történő áthelyezés
 3. otthonába bocsátva / az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás befejezettnek minősül
 4. meghalt
 5. részszámla
 6. otthonába adaptációs szabadságra bocsátva
 7. önkényesen távozott
 8. szociális otthonba távozott
- C. folytató rekord következik

- N. nagy értékű, országosan még nem elterjedt műtéti eljárás előtti ápolás lezárása
 - P. kemoterápiás protokollváltás történt
 - R. otthonába bocsátva, rehabilitációra irányítva
 - T. otthoni parenterális táplálás
24. Az ellátó orvos kódja
- Az orvos 5 jegyű pecsétnyomójának száma.
25. E-adatlap kitöltés
- 0. nincs kitöltve
 - 1. kitöltve (E térítési kategóriánál kötelező)
26. Diagnózisok
- Megnevezés
- (Elektronikusan nem továbbítandó)
- Diagnózis típusa (T)
- 0. beutaló/iránydiagnózis
 - 1. ápolást indokló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség
 - 2. áthelyezést indokló fődiagnózis
 - 3. ápolást indokló fődiagnózis
 - 4. szövődmény
 - 5. kísérő betegség
 - 6. a halál közvetlen oka a klinikus szerint
 - 7. kórbonctani alapbetegség
 - 8. a halál közvetlen oka a kórbonctan szerint
 - 9. kórbonctani kísérő betegség
 - A. megelőző ok a kórbonctan szerint
 - B. a halál alapjául szolgáló betegség a klinikus szerint

- C. nosocomialis eredetű szövődmény a kezelés következtében
- D. egyéb szövődmény a kezelés következtében
- E. sérülések és mérgezések külső okai
- F. funkcionális (FNO) kód felvételtkor
- T. funkcionális (FNO) kód távozáskor
- K. kiegészítő kód a „*” jelű BNO kóddal a „3” típusú diagnózisra
- M. daganatos megbetegedések morfológiai kódja
- V. az egészségügyi szolgálat igénybevételét befolyásoló tényezők

Kód

A betegség kódolása BNO 10, illetve FNO szerint

Oldaliság (D)

- S. bal oldali szerv
- D. jobb oldali szerv
- U. mindkét oldalon lévő szerv
- N. az oldaliság nem értelmezhető
- R. rehabilitációt igénylő diagnózis

27. Beavatkozások

Megnevezés

(Elektronikusan nem továbbítandó)

Intézet/osztály azonosítója

A beavatkozást végző osztály finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja. Ha a kúraszerű onkológiai ellátás a szakmai szabályok alapján a beteg otthonában történik, akkor az első négy karakter az ellátásért felelős intézet kódja, a többi karakter nulla

Szakmakód

Annak a szakmának a kódja, amelyen a beteg ellátása történik

Dátum

A beavatkozás kezdési időponja, óra, perc pontossággal

Beavatkozás jellege (J)

- A. akut beavatkozás
- B. daganatellenes terápiás kezelés protokoll alapján, gyógyszerkészítménnyel, a beteg otthonában, az onkológiai centrum felügyeletében
- C. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosi biológiai kutatás során vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges akut beavatkozás
- D. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosi biológiai kutatás során vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges, választott időpontban végzett beavatkozás
- V. választott időpontban végzett beavatkozás

Nosocomiális környezet (N)

- 0. nem értelmezhető
- A. aszeptikus környezet
- C. szepikus környezet

Sebgyógyulás (S)

- 1. sebgyógyulás per primam intentionem
- 2. nem fertőzött seroma, haematoma
- 3. sebgennyesedés
- 4. varrat insufficientia
- 5. folyamatban levő, zavartalanul gyógyuló seb elbocsátáskor

Nosocomiális fertőzés (F)

- 1. nosocomiális fertőzés nem volt
- 2. nosocomiális fertőzés történt

Beavatkozás minősítése az ellátásban elfoglalt helye szerint (M)

- 0. neoadjuváns beavatkozás
- 1. adjuváns beavatkozás

2. első vonalbeli kezelés
3. második vonalbeli kezelés
4. harmad, illetve többed vonalbeli kezelés
5. reoperáció

Anesztézia technikája (A)

OENO kódok

Beavatkozás típusa (T)

1. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás
2. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatti további beavatkozás
3. kísérő betegség miatt végzett beavatkozás
4. szövődmény miatt végzett beavatkozás
5. donorból történő szervkivétel
6. kórház által vásárolt, de tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum
7. beteg által vásárolt implantátum
8. tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum
9. promóciós implantátum
- A. kórház által vásárolt, nem tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum
- B. OGYI engedély alapján indikáción túli gyógyszer alkalmazásával történt beavatkozás
- C. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedély alapján végzett orvosi beavatkozás
- D. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedéllyel biztosított implantátum
- E. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedély alapján, nem indikáción túli gyógyszer alkalmazása
- F. tételesen finanszírozott gyógyszeres kezelés

Kód

A műtét vagy beavatkozás OENO kódja

Oldaliság (L)

- S. bal oldali beavatkozás
- D. jobb oldali beavatkozás
- U. mindkét oldalon végzett beavatkozás
- N. az oldaliság nem értelmezhető

db

Az elvégzett beavatkozás darabszáma

Az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató közreműködésével született újszülött szűrésére vonatkozó OENO kódok esetén nem kell kitölteni a 27. rovatban a Sebgyógyulás (S), a Nosocomiális fertőzés (F), a beavatkozás minősítése az ellátásban elfoglalt helye szerint (M) rovatokat.

29. Újszülött súlya

Újszülött testsúlya felvételnél grammban, újszülött esetén kitöltése kötelező

30. Baleset minősítése

- 00. nem baleset, nem foglalkozási betegség
- 11. munkahelyi baleset munkahely területén és/vagy munkavégzés közben
- 16. ellátást nyújtó egészségügyi intézményben történt baleset
- 20. foglalkozási megbetegedés miatti egészségügyi ellátás
- 21. közúti baleset KRESZ hatálya alá tartozó gépjárművel
- 22. közúti baleset tömegközlekedési eszközön
- 31. háztartási baleset
- 32. sportbaleset
- 34. állat okozta baleset
- 40. közterületen történt baleset
- 41. baleset feltételezhető, de a körülményei nem ismertek

42. idegenkezűség következtében létrejött baleset

43. fentiekbe be nem sorolható egyéb baleset

31. Felhasználói mezők

Az országos intézetek rendelkezése szerint szakmánként eltérően kell kitölteni

32.

Az Adatlap minden pontja kötelezően kitöltendő, kivéve ahol e melléklet a kitöltés mellőzését lehetővé teszi.

15. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³⁸

CT/MRI jelentés adattartalma

1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik

2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, a vizsgálatot végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója

3. Elvégzett vizsgálat térítési kategóriájának kódja

4. Elvégzett vizsgálat kódja

5. Elvégzett vizsgálat pontértéke

6. Felhasznált kontrasztanyag mennyisége

7. Személyazonosító jel

8. Személyazonosító jel típusa

9. Beteg állampolgársága

10. Beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja

11. Vizsgálat időpontja (év, hónap, nap, óra, perc)

12. Vizsgálattípus kódja

3. Vizsgálat jellegének kódja

14. A vizsgálatra küldő orvos pecsétszáma

15. A vizsgálatra küldő intézmény szervezeti egységének 9 jegyű azonosítója, a beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

16. A beutalón szereplő, vizsgálatot indikáló diagnózis BNO kódja

17. Vizsgálat utáni diagnózis BNO kódja

18.

19.

20. Beteg lakcíme (irányítószámmal)

Dátum: év hó nap

.....

szolgáltató

16. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵³⁹

Havi betegszállítási teljesítményjelentés adattartama

Betegszállítási jelentés

1. Jelentési időszak

2. Megye kódja

3. Betegszállító szolgáltató kódja

4. Betegszállító állomás azonosító kódja

5. Betegszállítási adatlap sorszáma

6. Szállítás típusa

7. Betegszállítási eset típusa

8. A beteg társadalombiztosítási azonosító jele vagy egyéb azonosítója

9. Térítési kategória

10. Betegszállító jármű forgalmi rendszáma

11. Esemény dátuma

12. Betegfelvétel ideje

13. Betegátadás ideje

14. Km-óra állása beteg felvételekor

15. Km-óra állása beteg átadásakor

16. Hasznos km száma
 17. A kapcsolt betegszállításért járó többlet km
 18. Kíséret típusának jele
 19. Megrendelő orvos kódja
 20. Kísérő azonosítója, TAJ
 21. A szállítás indokául szolgáló BNO
 22. ⁵⁴⁰ A beteget a betegszállító szolgáltató részére átadó egészségügyi intézmény kódja
 23. ⁵⁴¹ A beteget a betegszállító szolgáltatótól átvevő egészségügyi intézmény kódja
 24. Betegfelvétel helye (közig. kódja)
 25. Betegátadás helye (közig. kódja)
- Dátum: év hó nap

.....

szolgáltató

17. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁴²

A tételes elszámolású eszközök és nagy értékű műtéti beavatkozások jelentésének adattartalma

1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik
2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, a tevékenységet végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója
3. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás térítési kategóriájának kódja
4. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás csoportkódja
5. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás kódja
6. Tender keretében biztosított eszköz esetén az egyes eszközök típus szerinti alábontását azonosító mező
7. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás mennyisége
8. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás értéke 1000 forintban, háromtizedes pontossággal

9. Személyazonosító jel
10. Személyazonosító jel típusa
11. Beteg állampolgársága
12. Beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja
13. A beavatkozás időpontja (év, hónap, nap)
14. Műtéti napló száma
15. Kórházi törzsszám vagy ambuláns naplósám
16. Az eszköz felhasználását/az elvégzett beavatkozást indikáló diagnózis BNO kódja
17. Eszköz/implantátum felhasználása során végzett beavatkozás OENO kódja
18. A felhasznált/beépített eszköz beszerzési számlájának egyedi azonosítója (számlaszám) és kelte
19. A számlát/szállítólevelet kiállító cég megnevezése
20. Beutaló orvos kódja
21. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója
22. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat
- 23.
- 24.
- 25.

Dátum: év hó nap

.....

szolgáltató

17/A. melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁴³

A tételes elszámolású gyógyszerek jelentésének adattartalma

A tételes elszámolású gyógyszerek jelentésének adattartalma

1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik

2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, a tevékenységet végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója

3. A beavatkozást/kezelést elrendelő és elvégző orvos(ok) kódja (pecsétszáma)

4. A gyógyszeres beavatkozás/kezelés térítési kategóriájának kódja

5. A felhasznált gyógyszer 5 jegyű jelentő kódja és TTT kódja

6. A beteg személyazonosító jele, a személyazonosító jel típusa

7. A beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja

8. A beteg állampolgársága

9. A beavatkozás/kezelés időpontja (év, hónap, nap)

10. Kórházi törzsszám vagy ambuláns naplósám

11. A beavatkozást/kezelést indikáló diagnózis BNO kódja

12. Szakmai protokoll és/vagy kezelési ciklus szerint végezhető beavatkozás/kezelés esetén annak OENO kódja

13. A felhasznált és nem felhasznált gyógyszer mennyisége, a mennyiség egysége

14. A felhasznált gyógyszer kisserelési egysége, felhasznált kisserelési egység mennyisége

15. A felhasznált gyógyszer értéke 1000 forintban, háromtizedes pontossággal (csak intézeti saját beszerzés esetében)

16. A terápiás adag meghatározásához szükséges paraméter értéke és egysége

17. A gyógyszer beadásának módja

18. A felhasznált gyógyszer beszerzési számlájának (intézeti saját beszerzés esetében) vagy szállítólevelének (természetben biztosított gyógyszer esetében) egyedi azonosítója és kelte

19. A számlát/szállítólevelet kiállító cég megnevezése

20. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

21. Terápiateredményességi mutatók – készítményenként meghatározva

Dátum: év hó nap

.....
.

szolgáltató

17/B számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁴⁴

18. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁴⁵

A műveseállomások által végzett dialízis kezelések jelentésének adattartama

1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik
2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, kezelést végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója
3. Az elvégzett kezelés térítési kategóriájának kódja
4. Az elvégzett dialízis kezelés típusának kódja
5. A dialízis kezelés során beültetett katéter jelentésére szolgáló azonosító
6. Mobil kezelések jelentésére szolgáló mező
7. Az OEP által teljesen vagy részlegesen finanszírozott a tevékenység
8. Személyazonosító jel
9. Személyazonosító jel típusa
10. Beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja
11. Beteg állampolgársága
12. Az elvégzett dialízis kezelés időpontja (év, hónap, nap), kezdetének és befejezésének ideje (óra, perc)
13. Az ellátás jellegére utaló kódszám
14. Mobil kezelést indikáló orvos azonosítója (pecsétszáma)
15. A beteget a szolgáltató állomásra irányító szervezeti egység 9 jegyű azonosítója (akut kezelés esetén a beutaló orvos munkahelyének 9 jegyű kódja, mobil kezelés esetén azon szervezeti egység 9 jegyű kódja, ahol a kezelést végzik, amennyiben a beteg visszarendelt, rendszeresen az adott állomáson kezelt beteg, a szolgáltató saját 9 jegyű kódja), és az ellátást igazoló adat (a beutalást megalapozó ellátás nyilvántartására szolgáló betegforgalmi napló sorszáma, fekvőbeteg gyógyintézet orvosának beutalása esetén a beteg törzsszáma.)
16. A szolgáltató által vezetett betegnyilvántartással való kapcsolatra szolgáló mező (értékét az adott szolgáltatónál használt kódrendszer határozza meg)
17. A beteg tartózkodási helyének irányítószáma
18. Kezelést indikáló diagnózis BNO kódja
19. A beteg transzplantációs várólistán szerepel-e

20. A beteg transzplantált beteg-e vagy sem
21. A beteg első dialízis kezelésének ideje
22. A kezelés során felhasznált erythropoetin (EPO) mennyisége NE havonta
23. Az EPO kezelést részben indokoló haematokrit% érték havonta
24. Az EPO kezelést indokoló haemoglobin érték g/dl-ben havonta
25. Szérum vas érték umol/l negyedévente
26. Ferritin szint ug/l negyedévente
27. Transferrin negyedévente
28. Hypochrom vvt% negyedévente
29. Albumin g/l negyedévente
30. Kt/V negyedévente
31. URR negyedévente (dializált betegeknél)
32. PCR/g/tskg negyedévente (dializált betegeknél)
33. Számított GRF ml/perc negyedévente (predializált betegeknél)
34. PTH félévente
35. Testsúlykg havonta (kezelés előtti és utáni érték átlaga)
36. Vasterápia (igen:1; nem:2; p.o.:4; iv.: 13,14,20) havonta
37. Iv. vas adag/hó; darab ampulla havonta
38. Betegállapot (kód) havonta
39. Mobil kezelés esetén a fekvőbetegként kezelt beteg kórházi törzsszáma
- 40.
41. Az EPO készítmény TTT kódja
42. A kezelés során alkalmazott gép egyedi azonosítója

Dátum: év hó nap

.....

szolgáltató

19. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁴⁶

20. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁴⁷

**Háziorvosi betegforgalmi tevékenység tételes
jelentése**

Jelentési időszak: 200..... év hó

Szolgáltató OEP kódja

Szolgáltató neve:

helység (irányítószámmal)

utca/szám

Háziorvosi szolgálat kódja:

Háziorvos kódja, neve:

Háziorvosi program azonosítója és verziója

Ellátottak száma

A jelentés rekordképének verziószáma

Jelentés készítésének időpontja

Jelentés típusa

Betegforgalmi napló sorszáma

Személyazonosító típusa

Társadalombiztosítási Azonosító Jel

Páciens törzskarton sorszáma

A páciens nyilatkozata a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi ellátás adatainak megismerhetőségéről

Gondozás

Az ellátás dátuma

Az ellátás helye

Az ellátás formája

Térítési kategória

Érvényes biztosítás országa, vagy a beteg állampolgársága

EU adatlap kitöltés

igen

nem

Ellátás oka

Diagnózis BNO kód

Továbbküldés oka

Sürgősségi továbbküldés oka

Továbbküldést indokoló diagnózis BNO kódja

Továbbküldés iránya

Továbbküldés eszköze

Az Utazási Költségtérítési Utalvány sorszáma

Gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz

A rendelést indokoló diagnózis BNO kódja

A rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz TTT-kódja

A rendelt gyógyszer mennyisége (0000.0000) formában

A rendelés jogcíme

Közgyógyellátási igazolvány száma

Közgyógyellátási igazolvány érvényességi dátuma

Szűrés kód

Szűrés diagnózis BNO kód, OENO kód

Kitöltési útmutató

A jelentés rekordképének verziószáma

Tartalma:

Az OEP által meghatározott rekordkép verziószáma, mely rekordkép alapján a jelentés készült.

Jelentés készítésének időpontja

Tartalma:

Az az időpont (másodperc pontosságú időpecsét), amikor a jelentést megfelelő jelentéskészítő program elkészített.

Jelentés típusa

Tartalma:

A jelentés típusa kóddal jelölve

0 = Gondozás változás jelentés

1 = Szűrés jelentés

2 = Gondozás státus jelentés

3 = Tételes betegforgalmi jelentés

Ellátottak száma

Tartalma:

A jelentés hónapjában ellátottak száma

Háziorvosi program azonosítója és verziószáma

Tartalma:

Háziorvosi szakellátási programfejlesztők szabad felhasználására.

A szoftverek, illetve szoftververziójuk azonosítására.

Amennyiben nem kerül kitöltésre, spacek-kel kell feltölteni.

Betegforgalmi napló sorszáma

A biztosított törzskartonjának sorszáma

Tartalma:

A Biztosítottak bejelentkezésének sorrendjében kiadott folyamatos sorszám, amely a beteg törzskartonját azonosítja az adott háziorvosi szolgálatnál. Fontos, hogy kijelentkezés esetén ne kerüljön újra kiadásra, a háziorvosi szolgálat nyilvántartásán belül egyedi legyen.

Eseti ellátás esetén „0”-val kitöltve.

Személyazonosító típusa

Tartalma:

0 = TAJ-szám mező nincs kitöltve

1 = TAJ-szám mező ki van töltve

2 = 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ-száma

3 = útlevekszám (külföldi állampolgár)

5 = menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma

6 = ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy

7 = ismeretlen beteg

Az orvos országos nyilvántartási száma

Tartalma:

Az orvos személyazonosító bélyegzőjének 5 jegyű száma

A páciens nyilatkozata a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi ellátás adatainak megismerhetőségéről

Tartalma:

1 = A háziorvos tájékoztatta a hozzá bejelentkezett biztosítottat arról, hogy a jövőben, ha a biztosított nem tiltja meg, megismerheti az OEP adatbázisában szereplő, a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi ellátás adatait, és a biztosított nem tiltotta meg azok megismerhetőségét.

2 = A háziorvos tájékoztatta a hozzá bejelentkezett biztosítottat arról, hogy a jövőben, ha a biztosított nem tiltja meg, megismerheti az OEP adatbázisában szereplő, a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi ellátás adatait, de a biztosított megtiltotta azok megismerhetőségét.

Gondozás

Tartalma:

000 = nem gondozott

01A = Gyermek obesitas-hypertonia

02A = Gyermek szív- és érrendszeri betegség

04A = Gyermek asthma-allergia

05A = Gyermek mozgásszervi kórállapot

06A = Gyermek daganatos betegségek

07A = Gyermekpszichiátriai betegségek

01B = Felnőtt hypertonia

02B = Felnőtt ischaemiás szívbetegség

03B = Felnőtt diabetes mellitus

04B = Felnőtt asthma bronchiale

05B = Felnőtt mozgásszervi kórállapot

06B = Felnőtt daganatos betegségek

07B = Felnőtt pszichiátriai betegségek

Az ellátás helye

Tartalma:

1 = rendelőben

2 = beteg lakásán (állandó vagy ideiglenes lakhelyén)

3 = tanácsadóban

4 = egyéb helyen

A = baleseti ellátás a baleset helyszínén

Praxis-paciens viszonya (Ellátás formája)

Tartalma:

1 = bejelentkezett biztosított

2 = eseti (ambuláns) ellátás

Térítési kategória

Tartalma:

00 = biztosított térítés ellenében végzett ellátása

01 = magyar biztosítás alapján végzett ellátás

02 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

03 = államközi szerződés alapján végzett ellátás

04 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult személyek egyéb OEP által nem térített ellátása

05 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

09 = Külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

OA = Befogadott külföldi állampolgár

OD = Menekült, menedékes státust kérelmező

OE = Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás

S = Magyarország területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

T = uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás

V = magyar biztosított külföldi ellátása a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek alapján

Y = magyar biztosított külföldi ellátása a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében

Állampolgárság

Tartalma:

Elsődlegesen, ha a beteg érvényes egészségbiztosítással rendelkezik, akkor az egészségbiztosítási rendszert fenntartó állam kódját, egyébként a beteg állampolgárságának kódját kell megadni.

Az ellátás oka

Tartalma:

0 = akut megbetegedés definitív ellátása

1 = krónikus betegség

2 = krónikus betegség fellángolása

3 = gondozás

4 = adminisztratív ok (pl. mentőutalvány, keresőképtelenséget igazoló utalvány kiállítása, hatósági vizsgálat)

5 = szűrés

6 = tanácsadás

A = baleseti ellátás

B = balesettel kapcsolatos ellátás

C = akut megbetegedés gyanúja

D = hatósági vizsgálat

E = védőoltás

Továbbküldés oka

Tartalma:

0 = nem történt továbbküldés

1 = labordiagnosztika

2 = képalkotó diagnosztika

3 = egyéb diagnosztika

4 = konzílium

5 = terápia

6 = adminisztratív ok

7 = saját labor- és eszközdiagnosztika

Sürgősségi továbbküldés oka:

0 = Nem sürgős továbbküldés

1 = Keresőképtelenség miatti soron kívüli ellátás

2 = Orvosszakmai indok alapján történő sürgős ellátás

Továbbküldés iránya

Tartalma:

az ellátást végző intézmény azonosítója

Továbbküldés eszköze

Tartalma:

1 = Útiköltség utalvánnyal

2 = OEP által finanszírozott betegszállító gépjárművel

3 = Nem térített utazással

4 = Laborminta

5 = Utazási Költségtérítési Utalvánnyal

Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz

Tartalma:

G = gyógyszer

S = gyógyászati segédeszköz

F = gyógyfürdő

A rendelt gyógyszer, illetve a rendelt segédeszköz TTT kódja

Tartalma:

A rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz OEP TTT szerinti kódja

A rendelést indokoló diagnózis

Tartalma:

A rendelést indokoló diagnózis

A rendelés jogcíme

Tartalma:

001 = Közgyógyellátási igazolványra

002 = Eü rendelkezésre (Eü. kiemelt)

003 = Eü térítés köteles (Eü. emelt)

004 = HM jogcímen

005 = Üzemi baleset jogcímen

[illegible]

Az OEP adatközlése a finanszírozási adatokról

A) Az OEP honlapján közzé teszi:

1. Havi jelentések:

a) az OEP által kiutalt tárgyhavi teljesítmény szerinti finanszírozás adatai,

b) ESZCSM-OEP tájékoztató a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozásának tárgyhavi kifizetéseiről idősorosan is,

c) járóbeteg-szakellátás havi tevékenységéről szóló összesítés,

d) fekvőbeteg-szakellátás havi tevékenységéről szóló összesítés.

2. Dokumentumok:

a) aktuális tájékoztatók,

b) finanszírozási rendeletmódosítások,

c) adatlapok,

d)⁵⁵⁰ az egészségügyi ellátás finanszírozásában használt kódrendszerek meghatározásának és alkalmazásainak részletszabályai,

e) kódlisták.

3. Kódállományok:

a) BNO törzs,

b) ambuláns beavatkozási törzs,

c) fekvőbeteg beavatkozási törzs,

d) fogászati beavatkozás törzs,

e) gyógyszer-törzs,

f)⁵⁵¹ az egészségügyért felelős miniszter által kiadott,

fa) az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról,

fb) a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegcsoportok kódolási és besorolási szabályairól,

fc) a fogászati ellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról, valamint

fd) az Egészségbiztosítási Alapból a 959A-L, valamint 9511–9515 homogén betegcsoportok szerint finanszírozott daganatellenes terápiákról, kemoterápiás protokollok jelentési és elszámolási szabályairól, valamint azok részletes leírásáról

szóló miniszteri rendeleti szabályok.

4. Statisztikai adatok

5. Fekvő- és járóbeteg-intézetek, valamint háziorvosi, fogorvosi szolgálatok teljesítményadatai OEP elszámolás szerint (online rendszer)

B)⁵⁵²

C)⁵⁵³ Jelentési kötelezettség az ESZCSM részére:

1. Háziorvosi szolgálatok teljesítményadatai OEP elszámolás szerint, havonként

2.⁵⁵⁴ Gondozók szolgáltató egységenkénti tevékenysége, teljesítmény és finanszírozási adatai, havi, negyedéves, féléves és éves összesítésben

3. Házi szakápoló szolgálatok tevékenysége, teljesítmény és finanszírozási adatai, negyedéves és éves összesítésben

4.⁵⁵⁵ Járóbeteg-szakellátás szolgáltató egységenkénti (szakrendelésenként, szakambulanciánként) teljesítmény- és finanszírozási adatai, tevékenysége (OENO, eset, beavatkozás, pont stb.) havi, negyedéves, féléves és éves összesítésben

5. CT, MR szolgáltató egységenkénti teljesítmény és finanszírozási adatai, negyedéves, féléves és éves összesítésben

6. Fekvőbeteg-szakellátás szolgáltató egységenkénti (osztályonként) teljesítmény és tevékenység adatok ((HBCS, eset, súlyszám, CMI, krónikus nap, súlyozott krónikus nap stb.) negyedéves, féléves és éves összesítésben

7. Fekvőbeteg-szakellátás szakmánkénti és országos HBCs teljesítmény adatok, havi, negyedéves, féléves és éves összesítésben

8. Egészségügyi szolgáltatók szerződésének főbb adatai

9. Védőnői, iskola- és ifjúság-egészségügyi teljesítményadatok negyedéves, féléves és éves összesítésben

10. Egyéb alapellátási (teljesítmény) adatok negyedéves, féléves és éves összesítésben (háziorvosi betegforgalmi adatok, fogászati stb.)

11. Irányított betegellátásban részt vevő szervezők teljesítmény és finanszírozási adatai

12. Tételes és nagyértékű finanszírozás körébe tartozó beavatkozásokról és eszközökről, negyedéves, féléves és éves összesítésben

23. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁵⁶

Havi mentési teljesítményjelentés adattartama

I Mentőjárművek összesítő adatai

1. Jelentési időszak
2. Mentőállomás kódja
3. Mentőjármű forgalmi rendszáma/légi mentőjármű azonosítója
4. Km-óra állása a tárgy hó 1. napján szolgálat megkezdésekor
5. Km-óra állása a tárgy hó utolsó napján a szolgálat leadásakor
6. Légi mentőjármű havi összes repülési ideje

II Esetre vonatkozó mentési jelentés

1. Jelentési időszak
2. Mentőállomás azonosító kódja
3. Mentési adatlap sorszáma
4. Mentőjármű típusa
5. A beteg születési dátuma
6. A beteg társadalombiztosítási azonosító jele
7. Térítési kategória
8. A beteg állampolgársága
9. Mentőjármű forgalmi rendszáma/légi mentőjármű azonosítója
10. Mentési esemény dátuma
11. Esemény bejelentésének ideje/feladat megkezdésének ideje
12. Beteg átadásának ideje/feladat befejezésének ideje
13. Mentés típusa

III Mentett betegre vonatkozó adatok jelentése

1. Jelentési időszak
2. Mentőállomás azonosító kódja
3. Mentési adatlap száma
4. Mentést végző kísérő(k) azonosítója
5. A mentés indokául szolgáló diagnózis
6. Beteget átadó egészségügyi intézmény kódja/beteg feltalálási helye
7. Beteget átvevő egészségügyi intézmény kódja
8. Betegfelvétel helye (település közigazgatási kódja)
9. Betegátadás helye (település közigazgatási kódja)

Dátum: év hó nap

.....

szolgáltató

24. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁵⁷

25. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁵⁸

26. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁵⁹

ADATLAP orvostudományi kutatásokról

1. Protokoll szám:

2. Engedély kelte

3. Orvostudományi kutatás megnevezése:

4. A vizsgálat kezdete:

5. A vizsgálat befejezése:

6. A vizsgálatot végző szolgáltató neve:

7. A vizsgálatot végző szolgáltató azonosítója:

8. Térítési kategória:

10. Személyazonosító jel:

9. Személyazonosító típusa:

11. Ellátás típusa:

12. Vizsgálatot végző orvos kódja:

13. DIAGNÓZISOK

14. Az orvostudományi érdekében végzett, és/vagy szövődményeként szükségessé vált beavatkozások

T

| Ellátás azonosító | Intézet/osztály azonosítója | Dátum | J | N | S | F | A |
|-------------------|-----------------------------|-------|---|---|---|---|---|
|-------------------|-----------------------------|-------|---|---|---|---|---|

Dátum: év hó nap

.....
az ellátásért felelős orvos

Kitöltési útmutató

1. Protokoll szám

OGYI engedélyen feltüntetett protokoll szám

(dátum nélkül)

2. Engedély kelte

Év, hó, nap

3. Orvostudományi kutatás megnevezése

Az engedélyen feltüntetett „határozat” szerint

4. A vizsgálat kezdete

Év, hó, nap

5. A vizsgálat befejezése

Év, hó, nap

6. A vizsgálatot végző szolgáltató neve

A vizsgálatot végző szolgáltató neve

7. A vizsgálatot végző szolgáltató azonosítója

A vizsgálatot végző szolgáltató finanszírozási szerződés szerinti 9, illetve 4 jegyű karakteres kódja

8. Térítési kategória

F magyar biztosítással rendelkező beteg, az Ebtv. 18. § (6) bekezdés I) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozást tartalmazó ellátása

G magyar biztosítással rendelkező beteg, az Ebtv. 18. § (6) bekezdés I) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozás miatt bekövetkezett szövődmény ellátása

9. Személyazonosító típusa

- 0. a személyazonosító jel nincs kitöltve
- 1. TAJ szám
- 2. 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma
- 3. útlevélszám
- 4.
- 5. menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma
- 6. ismeretlen TAJ számú elhunyt személy, illetve ismeretlen beteg

10. Személyazonosító Jel

TAJ szám, illetve a személyazonosító típusának megfelelő egyéb azonosító

11. Ellátás típusa

- 1 fekvőbeteg
- 2 járóbeteg
- 3 mindkettő

12. A vizsgálatot végző orvos kódja

Az orvos 5 jegyű pecsétnyomójának száma

13. Diagnózisok

A betegség kódolása BNO 10, illetve FNO szerint

14. A orvostudományi kutatás érdekében végzett, és/vagy szövődményeként szükségessé vált ellátások

Beavatkozások

Ellátás azonosítója

Törzsszám, ambuláns naplósorszám

Intézet/osztály azonosítója

A beavatkozást végző osztály finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja. Ha a kúraszerű onkológiai ellátás a szakmai szabályok alapján a beteg otthonában történik, akkor az első négy karakter az ellátásért felelős intézet kódja, a többi karakter nulla

Beavatkozás jellege (J)

C Akut beavatkozás

D Választott időpontban végzett beavatkozás

Nosocomiális környezet (N)

0. nem értelmezhető

A. aszeptikus környezet

C. szepikus környezet

Sebgyógyulás (S)

1. sebgyógyulás per primam intentionem

2. nem fertőzött seroma, haematoma

3. sebgennyesedés

4. varrat insufficientia

5. folyamatban levő, zavartalanul gyógyuló seb elbocsátáskor

Nosocomiális fertőzés (F)

1. nosocomiális fertőzés nem volt

2. nosocomiális fertőzés történt

Anesztézia technikája (A)

OENO kódok

Beavatkozás típusa (T)

1. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás

2. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatti további beavatkozás

3. kísérő betegség miatt végzett beavatkozás

4. szövődmény miatt végzett beavatkozás

Kód

A műtét vagy beavatkozás OENO kódja

Oldaliság (L)

S. bal oldali beavatkozás

D. jobb oldali beavatkozás

U. mindkét oldalon végzett beavatkozás

N. az oldaliság nem értelmezhető

db

Az elvégzett beavatkozás darabszáma

Az Adatlap minden pontja kötelezően kitöltendő!

27. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁶⁰

1. Fogalommeghatározások:

a) *viszonyítási időszak*: 2007. április–2007. június hónap,

b) *case-mix index*: a Kr. 2. § 1) pontja szerinti case-mix index,

c) *más intézetből átvett esetek aránya*: a viszonyítási időszakban más intézményekből átvett esetek aránya – a Kr. 14. számú melléklete 18. A felvétel jellege pontjában 2. más fekvőbeteg-gyógyintézetből áthelyezve – megjelöléssel jelentett esetek aránya,

d) *sürgősségi (halaszthatatlan) esetek aránya*: az ezen eseteket meghatározó HBCs-k listája az OEP honlapján közzétételre kerül,

e) *teljesítményvolumen kihasználtság*: a viszonyítási időszakban elszámolt teljesítmény és ugyanezen időszakra érvényes TVK aránya,

f) *ágykihasználtság*: a viszonyítási időszakban jelentett betegszám és a szolgáltató érvényes, szerződött ágyszámának a viszonyítási időszak naptári napjainak számával szorzott értékének a hányadosa.

2. Az 1. pontban meghatározott mutatók alapján meghatározásra kerül a fekvőbeteg-szakellátó intézmények mutatónkénti rangsora.

3. A 2. pont alapján kialakult rangsorszámok mutatónkénti súlyozási értéke a következő:

- a) 3-as súlyozási értékű case-mix index,
- b) 2-es súlyozási értékű más intézetből átvett esetek aránya,
- c) 1,5-ös súlyozási értékű sürgősségi (halaszthatatlan) esetek aránya,
- d) 0,5-ös súlyozási értékű teljesítményvolumen kihasználtság,
- e) 0,5-ös súlyozási értékű ágykihasználtság.

4. A megfelelő súlyozási értékkel súlyozott rangsorszámok összege adja meg a fekvőbeteg-szakellátó intézmény összesített rangsorszámát.

Ha a rangsorban lévő intézmények száma n (ahol n természetes szám), a 27/A. § (7) bekezdésében meghatározott mutatószámok súlyozási értéke s_i (ahol s_i valós szám), az intézmény rangsorban betöltött helye r_i , (ahol r_i természetes szám), továbbá $0 < r_i < n+1$ és a nagyobb mutató értékhez nagyobb r_i tartozik, akkor az intézmény összesített rangsorszám (R) a következő:

$$R = s_1 * r_1 + s_2 * r_2 + s_3 * r_3 + s_4 * r_4 + s_5 * r_5$$

5. A rangsorszám elméleti maximuma

$$R_{\max} = n * (s_1 + s_2 + s_3 + s_4 + s_5)$$

A szolgáltató saját rangsorszám R és ezen elméleti maximum arányában a szolgáltató 0–1000 pont közötti pontszámot (P) kap, ahol (P) a következő:

$$P = 1000 * R / R_{\max}$$

6. Az 5. pont alapján kiszámított pontszámok súlyponti kórház esetében 1,3-szorzóval súlyozásra kerülnek.

7. Az elért pontszámok alapján a szolgáltatók az alábbi csoportokba kerülnek besorolásra:

- a) 0–500 pontszám,
- b) 501–750 pontszám,
- c) 750 feletti pontszám.

8. A 7. pont szerinti szolgáltatói besorolás alapján a 27/A. § (5) bekezdése szerinti teljesítményvolumen kerethez képest az alábbi növekmények kerülnek megállapításra:

- a) 0–500 pontszám esetén 7 százalék,
- b) 501–750 pontszám esetén 8,5 százalék,
- c) 750 pontszám felett 10 százalék.

Nem súlyponti intézet részére a c) pontba sorolás esetén 8,5 százalék növekmény állapítható meg.

28. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁶¹

2013. évre vonatkozó TVK

1. A járóbeteg-szakellátás – ideértve a CT-MRI vizsgálatokat is – 2012. november és 2013. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK mértéke: 76 087 451 151 pontszám.

Ebből:

- 1.1. a folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyért felelős miniszter által az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgáló keret: 62 200 000 pontszám,

1.1.1.

- 1.2. a 27. § (3b) bekezdése szerinti TVK növelés mértéke: 246 787 818 pontszám.

- 1.3. a 27. § (3c) bekezdése szerinti TVK növelés mértéke: 133 333 333 pontszám.

2. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás 2012. november és 2013. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK mértéke: 2 033 958 súlyszám.

Ebből:

- 2.1. a folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyért felelős miniszter által az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgáló keret: 5 654 súlyszám, ebből

- 2.1.1. az általános anesztéziában végzett fogászati ellátás fejlesztésére szolgáló keret: 2 000 súlyszám, amely csak az általános anesztéziában végzett fogászati ellátás fejlesztésére fordítható és számolható el.

3. Az egyes ellátási formák 2013. évre vonatkozó országos szezonális indexe:

| | A | B | C |
|----|----------|------------------------------|-----------------------|
| 1. | Hónap | Aktív fekvőbeteg-szakellátás | Járóbeteg-szakellátás |
| 2. | november | 1/12 | 1/12 |
| 3. | december | 1/12 | 1/12 |
| 4. | január | 1/12 | 1/12 |
| 5. | február | 1/12 | 1/12 |
| 6. | március | 1/12 | 1/12 |
| 7. | április | 1/12 | 1/12 |
| 8. | május | 1/12 | 1/12 |

| | | |
|----------------|------|------|
| 9. június | 1/12 | 1/12 |
| 10. július | 1/12 | 1/12 |
| 11. augusztus | 1/12 | 1/12 |
| 12. szeptember | 1/12 | 1/12 |
| 13. október | 1/12 | 1/12 |

28/A. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁶²

Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók 2013. évre vonatkozó TVK mennyisége

| A | | B |
|-----|--|-----------------------|
| 1. | Egészségügyi szolgáltató | 2013. évi
súlyszám |
| 2. | Mohácsi Kórház | 6 488 |
| 3. | Pécsi Tudományegyetem OEKK | 100 591 |
| 4. | Szigetvári Egészségügyi Kft. | 5 002 |
| 5. | Komlói Egészségcentrum Kft. | 135 |
| 6. | Bajai Szent Rókus Kórház | 14 211 |
| 7. | Bács-Kiskun Megyei Kórház a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza, Kecskemét | 59 449 |
| 8. | Kalocsai Szent Kereszt Kórház | 6 340 |
| 9. | Kiskunfélegyházi Kórház-Rendelőintézet Gyógyfürdő és Rehabilitációs Központ | 106 |
| 10. | Semmelweis Halasi Kórház Nonprofit Kft. | 13 967 |
| 11. | Orosházi Kórház | 9 355 |
| 12. | Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula | 34 925 |
| 13. | Dr. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba | 12 513 |
| 14. | Koch Róbert Kórház és Rendelőintézet, Edelény | 3 991 |
| 15. | Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc | 74 200 |
| 16. | Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház | 7 820 |
| 17. | DEOEC Kazincbarcika Kórház Kft. | 3 627 |
| 18. | MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság, Miskolc | 28 646 |
| 19. | Almási Balogh Pál Kft., Ózd | 8 001 |
| 20. | Hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet | 4 327 |
| 21. | Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház-Rendelőintézet, Makó | 3 271 |
| 22. | Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk | 3 562 |
| 23. | Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentés | 12 174 |
| 24. | SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ | 91 201 |

| | |
|---|---------|
| 25. Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár | 46 374 |
| 26. Móri Kórház-Rendelőintézet | 480 |
| 27. Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros | 18 065 |
| 28. Csornai Margit Kórház | 253 |
| 29. Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr | 48 001 |
| 30. Karolina Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár | 5 236 |
| 31. Soproni Erzsébet Kórház, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Oktató Kórháza | 15 062 |
| 32. Területi Kórház, Berettyóújfalu | 8 374 |
| 33. Debreceni Egyetem OEC | 109 436 |
| 34. Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen | 39 253 |
| 35. Mátrai Gyógyintézet | 3 354 |
| 36. Albert Schweitzer Kórház Nonprofit Kft. | 6 856 |
| 37. Gyöngyös Bugát Pál Kórház Egészségügyi Nonprofit Kft. | 7 487 |
| 38. Markhot Ferenc Kórház Kft., Eger | 26 462 |
| 39. Vaszary Kolos Kórház, Esztergom | 12 904 |
| 40. Selye János Kórház, Komárom | 1 056 |
| 41. Szent Borbála Kórház, Tatabánya | 27 810 |
| 42. Kastélypark Klinika Egészségügyi Szolgáltató Kft., Tata | 1 920 |
| 43. Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat | 8 701 |
| 44. Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján | 18 072 |
| 45. Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa | 24 728 |
| 46. Szent Rókus Kórház, Budapest | 480 |
| 47. Tüdőgyógyintézet Törökbálint | 7 769 |
| 48. Jávorszky Ödön Kórház, Vác | 15 318 |
| 49. Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Közhasznú Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság, Pomáz | 689 |
| 50. Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet Nonprofit Kórház Kft., Cegléd | 16 574 |
| 51. Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár | 43 633 |
| 52. Marcali Kórház-Rendelőintézet | 198 |
| 53. Siófoki Kórház-Rendelőintézet | 10 685 |
| 54. Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum | 5 351 |
| 55. NagyatádMed Egészségügyi szolgáltató Kft. | 4 253 |
| 56. Felső-Szabolcsi Kórház, Kisvárda | 14 028 |
| 57. Jósa András Oktató Kórház Nonprofit Kft., Nyíregyháza | 61 216 |
| 58. Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő Nonprofit Kft. / EH ZRT., Fehérgyarmat | 8 533 |

| | |
|---|--------|
| 59. Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház Nonprofit Kft. / EH ZRT.,
Nagykálló | 4 509 |
| 60. Területi Kórház Nonprofit Kft., Mátészalka | 10 299 |
| 61. Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház – Rendelőintézet, Szolnok | 36 718 |
| 62. Kátai Gábor Kórház, Karcag | 8 129 |
| 63. MÁV Kórház és Rendelőintézet, Szolnok | 3 638 |
| 64. Mezőtúr Városi Kórház-rendelőintézet Kft. | 2 161 |
| 65. Szent Erzsébet Nonprofit Kft., Jászberény | 6 683 |
| 66. Balassa János Kórház, Szekszárd | 26 162 |
| 67. Dombóvári Szent Lukács Egészségügyi Nonprofit Kft., Dombóvár | 4 995 |
| 68. Kemenesaljai Egyesített Kórház Celldömölk | 303 |
| 69. Markusovszky Kórház Zrt. | 44 517 |
| 70. Körömdi Egészségügyi Nonprofit Kft. | 126 |
| 71. Magyar Imre Kórház, Ajka | 9 219 |
| 72. Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézeti Szakrendelő, Pápa | 5 277 |
| 73. Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet, Farkasgyepű | 2 774 |
| 74. Balatonfüred Állami Kórház | 4 157 |
| 75. Pannon Reprodukciós Intézet Kft. | 983 |
| 76. Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Veszprém | 30 144 |
| 77. Tapolcai Kórház Nonprofit Kft. | 365 |
| 78. Keszthelyi Kórház | 4 385 |
| 79. Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg | 37 735 |
| 80. Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa | 14 570 |
| 81. Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház Nonprofit Kft., Hévíz | 877 |
| 82. Bethesda Gyermekkórház, Budapest | 6 126 |
| 83. Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest | 26 895 |
| 84. Heim Pál Gyermekkórház-Rendelőintézet, Budapest | 16 851 |
| 85. Szent István Szent László Kórház-Rendelőintézet | 47 766 |
| 86. Jáhn Ferenc Dél-Pesti Kórház, Budapest | 25 608 |
| 87. Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest | 33 002 |
| 88. Szent Margit Kórház, Budapest | 12 123 |
| 89. Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest | 41 733 |
| 90. Nyírő Gyula Kórház, Budapest | 6 335 |
| 91. Szent Imre Kórház, Budapest | 25 651 |
| 92. Károlyi Sándor Kórház, Budapest | 6 014 |
| 93. Uzsoki utcai Kórház, Budapest | 38 946 |

| | |
|---|---------|
| 94. Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest | 26 765 |
| 95. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest | 14 476 |
| 96. Országos Idegtudományi Intézet, Budapest | 13 957 |
| 97. Országos Onkológiai Intézet, Budapest | 49 856 |
| 98. Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest | 4 527 |
| 99. Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest | 1 823 |
| 100. Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest | 1 684 |
| 101. Semmelweis Egyetem, Budapest | 129 008 |
| 102. Magyarországi Zsidó Hitközségek Szövetsége Szeretetkórháza, Budapest | 852 |
| 103. Vadaskert Alapítvány | 1 611 |
| 104. KAÁLI Intézet Kft. | 5 575 |
| 105. Sterilitás Kft., XI. ker. | 639 |
| 106. Betegápoló Irgalmas Rend, Budapest | 12 709 |
| 107. Forgács Intézet Egészségügyi Szolgáltató Bt., XX. kerület | 572 |
| 108. Budai Egészségközpont Kft. | 6 785 |
| 109. Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest | 61 814 |

29. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁶³

| Szakma megnevezése | Szakmakód |
|---|-----------|
| Arc-állcsont-szájsebészet | 1700 |
| Gyermekebészet, ideértve gyermekurologia | 0506 |
| Gyermeknőgyógyászat | 0507 |
| Gyermekekszemészet | 0508 |
| Csecsemő- és gyermek fül-orr-gégegyógyászat | 0509 |
| Dentoalveoláris sebészet | 1301 |
| Általános anesztéziában végzett fogászati ellátás | 1309 |
| Fül-orr-gégegyógyászat | 0600 |
| Ortopédia | 1000 |
| Gerincsebészet | 1001 |
| Traumatológia | 1002 |
| Kézsebészet | 1003 |
| Plasztikai helyreállító és esztétikai sebészet | 2000 |
| Égéssebészet | 2001 |
| Gyermeke plasztikai és égéssebészet | 2002 |
| Sebészet | 0200 |
| Tüdő- és mellkasebészet | 0202 |

| | |
|-----------------------------------|------|
| Érsebészeti | 0203 |
| Idegsebészeti | 0204 |
| Szívsebészeti | 0205 |
| Csecsemő és gyermek szívsebészeti | 0215 |
| Szervtranszplantációs sebészeti | 0208 |
| Szemészeti | 0700 |
| Szülészeti-nőgyógyászati | 0400 |
| Szülészeti | 0405 |
| Nőgyógyászati | 0406 |
| Urológia | 1100 |

30. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁶⁴

SZOLGÁLTATÓ OEP kódja:

SZOLGÁLTATÓ neve:

Elszámolási lap sorszáma:

HOSPICE ELRENDELŐ LAP

| | | |
|--|---|----------------------|
| Hospice ellátást végző szolgáltató | | neve: |
| | | címe: |
| A beteg | neve: | |
| | lakóhelye: | |
| | telefonszáma: | |
| | társadalombiztosítási azonosító jele: | <input type="text"/> |
| | születési adatai: év hó nap | <input type="text"/> |
| Fekvőbeteg-intézeti ápolást indokoló diagnózis (BNO-10.)* <input type="text"/> | | |
| Ellátás elrendelés dátuma: | | <input type="text"/> |
| A beteg ellátásba vételének dátuma: | | <input type="text"/> |
| Meghosszabbítás esetén az első ellátásba vétel dátuma: | | <input type="text"/> |
| Hányadik elrendelés: | | <input type="text"/> |
| Alapbetegség (BNO-10.) | | <input type="text"/> |
| Kísérő betegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10.) | | <input type="text"/> |
| Elrendelését indokoló diagnózis (BNO-10.) | | <input type="text"/> |
| Elrendelt napok száma (1 elrendelésnél maximum 50): | | <input type="text"/> |
| Gyakorisága: | | |
| A beteg ápolásáért felelős szakápoló(k)/ellátó(k) neve: | | <input type="text"/> |
| ☐ Szakápolás (1) | ☐ Szociális tevékenység szervezése** (5) | |
| ☐ Tartós fájdalomcsillapítás (2) | ☐ Diétás gondozás/tanácsadás (6) | |

31. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁶⁵

SZOLGÁLTATÓ neve:

Elszámolási lap sorszáma:

HOSPICE EGYÉNI ELSZÁMOLÓ LAP

| | | |
|---|--|---|
| Hospice ellátást végző szolgálat | | |
| neve: | | telefon: |
| címe: | | |
| Az ellátásért felelős szakápoló neve: | | |
| Elszámolási időszak: | | |
| A beteg neve: | | Neme: Férfi ☐ Nő ☐ |
| címe: | | |
| Társadalombiztosítási azonosító jele | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Születési adatai: év hó nap | | |
| Fekvőbeteg-intézeti ápolást indokló diagnózis (BNO-10.) | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Alapbetegség (BNO-10.) | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Kísérő betegség(ek) (BNO-10.) | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Ápolást indokoló fődiagnózis (BNO-10.) | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Ápolásba vétel időpontja: év hó nap | | |

Lezárás/megszakítás időpontja: év hó nap

| | |
|------------------------|------------------------------|
| Elrendelt napok száma: | Eddig elszámolt napok száma: |
|------------------------|------------------------------|

Az ellátás megoszlása tevékenységek szerint

| | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 01. _____ | 11. _____ | 21. _____ |
| 02. _____ | 12. _____ | 22. _____ |
| 03. _____ | 13. _____ | 23. _____ |
| 04. _____ | 14. _____ | 24. _____ |
| 05. _____ | 15. _____ | 25. _____ |
| 06. _____ | 16. _____ | 26. _____ |
| 07. _____ | 17. _____ | 27. _____ |
| 08. _____ | 18. _____ | 28. _____ |
| 09. _____ | 19. _____ | 29. _____ |
| 10. _____ | 20. _____ | 30. _____ |
| | | 31. _____ |

Ellátott napok száma összesen:

.....

Elvégzett tevékenységek összesen a 30. számú mellékletben meghatározott ápolási feladatok szerint:

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐

Dátum: év hó nap

.....

szolgáltató cégszerű aláírása

ellátást végző(k) aláírása

P. H.

32. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez⁵⁶⁶

A szervátültetést végző orvos vagy munkacsoport, szerv, vérminta szállítási tevékenység teljesítményjelentés adattartama

I. Mentő gépjárművek összesítő adatai

1. Jelentési időszak

2. Mentőállomás kódja

3. Mentőjármű forgalmi rendszáma/légi mentőjármű azonosítója

4. ⁵⁶⁷ Km-óra állása a tárgyhó első napján a szolgálat megkezdésekor

5. ⁵⁶⁸ Km-óra állása a tárgyhó utolsó napján a szolgálat leadásakor

6. ⁵⁶⁹ Napi összes repülési idő

II. Esetre vonatkozó mentési jelentés

1. Jelentési időszak
2. Mentőállomás azonosító kódja
3. Mentési adatlap sorszáma
4. Mentőjármű típusa
5. A recipiens beteg születési dátuma
6. A recipiens beteg társadalombiztosítási azonosító jele
7. Térítési kategória
8. A recipiens beteg állampolgársága
9. Mentőjármű forgalmi rendszáma/légi mentőjármű azonosítója
10. Mentési esemény dátuma
11. Orvos vagy munkacsoport/szerv/vérminta felvétel ideje
12. Orvos vagy munkacsoport/szerv/vérminta átadás ideje
13. Km-óra állása az orvos vagy munkacsoport/szerv/vérminta felvételekor
14. Km-óra állása az orvos vagy munkacsoport/szerv/vérminta átadásakor
15. Hasznos km száma
16. Hasznos légi órák száma
17. Mentés típusa

III. Szállított orvosi munkacsoportra/szervre/vérmintára vonatkozó adatok jelentése

1. Jelentési időszak
2. Mentőállomás azonosító kódja
3. Mentési adatlap száma
4. Mentésirányító kódja
5. Mentést végző kísérő(k) azonosítója

6. A mentés indokául szolgáló diagnózis

7. A szervet átadó egészségügyi intézmény kódja

8. A szervet átvevő egészségügyi intézmény kódja

9. ⁵⁷¹ A szerv felvétel helye (a település közigazgatási kódja)

10. ⁵⁷² A szerv átadás helye (a település közigazgatási kódja)

Dátum: év hó nap

.....

szolgáltató